



# XX PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE

## XXX REGIONAL COMMITTEE MEETING

ST. GEORGE'S, GRENADA

SEPTEMBER - OCTOBER 1978

Monday, 25 September 1978, at 9:00 a.m.  
Lunes, 25 de septiembre de 1978, a las 9:00 a.m.

CSP20/MP/1  
25 September 1978  
ORIGINAL: ENGLISH-FRENCH-  
SPANISH

PROVISIONAL VERBATIM RECORD OF THE FIRST PLENARY SESSION  
ACTA PROVISIONAL TAQUIGRAFICA DE LA PRIMERA SESION PLENARIA

Provisional President: Dr. Rubén M. Cáceres Chairman, Executive Committee  
Presidente Provisional: Presidente, Comité Ejecutivo

President: Dr. H. G. Preudhomme Grenada  
Presidente:

Contents  
Indice

Item 1: Opening of the Conference  
Tema 1: Inauguración de la Conferencia

(continued overleaf)  
(continúa al dorso)

Note: This verbatim record is provisional. Delegates are therefore requested to notify Document Services (Room A-I) of any changes they wish to have made in the text. The texts of the verbatim records will be published in the Proceedings of the Meeting.

Nota: Esta acta taquigráfica es provisional. Se ruega a los señores Delegados tengan a bien comunicar al Servicio de Documentos (Hab. A-I) las modificaciones que deseen ver introducidas en el texto. Los textos de las actas taquigráficas se publicarán en las Actas de la Reunión.

Contents (cont.)  
Indice (cont.)

Item 2: Establishment of the Committee on Credentials  
Tema 2: Constitución de la Comisión de Credenciales

Item 3: Election of the President, two Vice-Presidents and the Rapporteur  
Tema 3: Elección del Presidente, dos Vicepresidentes y Relator

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

El PRESIDENTE PROVISIONAL: Me causa gran satisfacción el honor y el privilegio de presidir la primera sesión plenaria que da inicio a la XX Conferencia Sanitaria Panamericana.

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

El PRESIDENTE PROVISIONAL: En mi carácter de Presidente del Comité Ejecutivo y de acuerdo con el Artículo 22 del Reglamento Interno de la Conferencia me corresponde, conforme al Artículo 26 del Reglamento Interno pedir la constitución de la Comisión de Credenciales, para lo cual me permito proponer a los delegados de los siguientes países: Colombia, Francia y Suriname. He creído conveniente proponer a la delegación de Francia, vista la situación planteada por la ausencia de la Representación de los Países Bajos, pues habríamos deseado que esa delegación formara parte de la Comisión de Credenciales. Si no existe objeción, la Presidencia considera que los representantes dan por aprobada la Comisión, constituida de la forma expresada anteriormente. Declaro un breve receso para que la Comisión de Credenciales pueda redactar el informe pertinente.

The session was suspended at 9:30 a.m. and resumed at 10:35 a.m.  
Se suspende la sesión a las 9:30 a.m. y se reanuda a las 10:35 a.m.

El PRESIDENTE PROVISIONAL: Se reanuda la primera sesión plenaria y solicitamos al relator de la Comisión de Credenciales, la Delegada de Francia, doctora Broyelle que dé lectura al informe.

Le Dr. Jeanne BROUELLE (France): La Commission de Vérification des Pouvoirs établie à la première séance plénière est composée du Dr. Michelsen de Colombie, du Dr. Broyelle de France et du Dr. Van Kantén de Suriname. Elle a tenu sa première séance le 25 septembre à 9 h 45. La Commission a désigné le Dr. Jorge Michelsen comme Président et le Dr. Jeanne Broyelle comme Rapporteur. Le Comité a examiné et a trouvé en due forme les pouvoirs soumis par les Délégués, les remplaçants et les conseillers des contrées suivantes dont je vais donner la liste: Argentine à titre provisoire, Bahamas, Barbade, Bolivie, Brésil, Canada, Chili, Colombie, Costa Rica, Cuba, Equateur, El Salvador, France, Grenade à titre provisoire, Guatémala, Guyane, Honduras, Jamaïque, Mexique, Nicaragua, Panama, Suriname, Trinidad et Tobago, Royaume-Uni, Etats-Unis, Uruguay, Venezuela.

Les Organisations suivantes, intergouvernementales et non gouvernementales, ont envoyé également des observateurs dont je donne la

liste: Le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, l'Organisation des Etats Américains, la Banque Interaméricaine de Développement, le Fonds des Nations Unies pour les Activités de la Population, l'Association Interaméricaine de Génie Sanitaire, l'Association Internationale d'Orthophonie, la Fédération Internationale de l'Industrie du Médicament, l'Union Internationale contre la Tuberculose, la Ligue des Sociétés de la Croix Rouge, la Fédération Panaméricaine des Associations de Facultés de Médecine, la Fédération Mondiale des Ergothérapeutes, la Fédération Mondiale des Fabricants de Spécialités Grand Public, la Fédération Mondiale des Associations de la Santé Publique, et la Fédération Internationale Pharmaceutique.

Le Comité se réunira encore pour examiner les autres pouvoirs qui pourraient être reçus.

El PRESIDENTE PROVISIONAL: La Presidencia agradece el informe presentado por la Delegada de Francia sobre la reunión de la Comisión de Credenciales y somete dicho informe a la consideración de los señores delegados. Si no existen objeciones, la Presidencia da por aprobado el primer informe de la Comisión de Credenciales.

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 RAPPOREUR  
TEMA 3: ELECCION DEL PRESIDENTE, DOS VICEPRESIDENTES Y RELATOR

El PRESIDENTE PROVISIONAL: Señores Delegados, según el temario correspondiente procede tratar ahora la elección del Presidente de la XX Conferencia Sanitaria Panamericana, XXX Reunión del Comité Regional de la OMS. La Presidencia ofrece la palabra a los delegados que quieran hacer propuestas. El Señor Delegado de Colombia.

El Dr. MICHELSEN (Colombia): Yo quisiera solicitar a la Conferencia que se pronunciase en el sentido de elegir al Honorable Herbert J. Preudhomme, Ministro de Salud y Vivienda de Grenada, Presidente de la XX Reunión de la Conferencia Sanitaria Panamericana. Solicito que este nombramiento, si es posible, se haga por aclamación.

El PRESIDENTE PROVISIONAL: La Delegación de Colombia ha propuesto que la designación del Señor Preudhomme, Ministro de Salud y Vivienda de Grenada, como Presidente de la XX Conferencia Sanitaria Panamericana, XXX Reunión del Comité Regional, se haga por aclamación. Si no existe objeción, la Presidencia considera aceptada la moción del Delegado de Colombia

y solicita a los delegados que lo hagan por aclamación. (APLAUSOS) La Presidencia invita al Señor Presidente de la XX Conferencia Sanitaria Panamericana, XXX Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas, el Dr. Preudhomme, a que tome posesión del cargo para el que ha sido electo.

Decision: Dr. Preudhomme (Grenada) was elected President of the Conference by acclamation.

Decisión: El Dr. Preudhomme (Grenada) es elegido Presidente de la Conferencia por aclamación.

Dr. Preudhomme took the Chair.

El Dr. Preudhomme pasa a ocupar la Presidencia.

The PRESIDENT: Dr. Acuña, Director of the Pan American Sanitary Bureau, and distinguished Delegates. First of all, I wish to thank you for electing me President of this Conference. I esteem it a great honor to me and to my country. I shall endeavor to do all I can to lead it to a successful conclusion. Thank you.

We will now close this session.

The session rose at 10:30 a.m.

Se levanta la sesión a las 10:30 a.m.



# XX PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE

## XXX REGIONAL COMMITTEE MEETING

ST. GEORGE'S, GRENADA

SEPTEMBER - OCTOBER 1978

Monday, 25 September 1978, at 10:45 a.m.  
Lunes, 25 de septiembre de 1978, a las 10:45 a.m.

CSP20/M/Inaug.  
25 September 1978  
ORIGINAL: ENGLISH-SPANISH

PROVISIONAL VERBATIM RECORD OF THE INAUGURAL SESSION  
ACTA PROVISIONAL TAQUIGRAFICA DE LA SESION INAUGURAL

President: Mr. H. J. Preudhomme Grenada  
Presidente:

### Contents Indice

1. Invocation delivered by The Very Reverend Father Cyril Lamontagne,  
Vicar-General of Grenada  
Invocación del Reverendísimo Pastor Cyril Lamontagne, Vicario  
General de Grenada
2. Address by Senator the Hon. Henry L. Bullen, Minister of State  
for Home Affairs, Foreign Affairs, Information and Public  
Relations, Grenada  
Discurso del Senador Honorable Henry L. Bullen, Ministro de  
Estado para Asuntos Interiores, Asuntos Exteriores, Información  
y Relaciones Públicas, Grenada
3. Address by Dr. H. Mahler, Director-General of the World Health  
Organization  
Declaración del Dr. H. Mahler, Director General de la Organización  
Mundial de la Salud

Contents (cont.)  
Indice (cont.)

4. Address by Dr. Kamaluddin Mohammed, Minister of Health and Local Government of Trinidad and Tobago, and President of the Thirty-first World Health Assembly  
Discurso del Dr. Kamaluddin Mohammed, Ministro de Salud y Gobierno Local de Trinidad y Tabago, y Presidente de la 31a Asamblea Mundial de la Salud
  
5. Address by Dr. Héctor R. Acuña, Director of the Pan American Sanitary Bureau  
Discurso del Dr. Héctor R. Acuña, Director de la Oficina Sanitaria Panamericana

The PRESIDENT: Senator Henry L. Bullen, representing the Prime Minister of Grenada; Dr. Kamaluddin Mohammed, President of the World Health Assembly; Dr. Héctor R. Acuña, Director of the Pan American Sanitary Bureau; Very Reverend Father Lamontagne, representing the Bishop of St. George's; Ministers of Governments; distinguished Delegates; ladies and gentlemen: I am indeed grateful to all my colleagues for the explicit confidence you have manifested in me by your unanimous acclamation, bestowing on me the honor of being President of this XX Pan American Sanitary Conference. I shall endeavor to do all in my power to guide this Conference successfully through its deliberations. As President of it and as Minister of Health of my country, I am afforded the opportunity of welcoming you to Grenada. It is my hope that your stay here will be enjoyable, rewarding, and fulfilling, and that you will avail yourselves of the opportunity to share in the country's beautiful climate, relaxed way of life, lush greenery, beautiful sand and sea, the island's spices, and the warmth and friendship of our people.

My Government has attempted, with the full cooperation of the PAHO Secretariat and our own National Secretariat, to provide what we hope are the basic amenities and facilities for a successful Conference and an enjoyable visit. Permit me to say that I look forward to the full cooperation of all Delegates as we discharge the heavy task that is before us.

Let us be inspired by the obligation placed upon us, an obligation which is second to none, to attempt to seek the best means of providing for our respective peoples the assurance of health. With your cooperation, I hope to be able to expeditiously but thoroughly deal with the long agenda before us. Let me again thank you for electing me President. I look forward to your sustained cooperation.

I now have great pleasure in inviting the Very Reverend Father Cyril Lamontagne, Vicar-General of Grenada to deliver an invocation.



INVOCATION DELIVERED BY THE VERY REVEREND FATHER CYRIL LAMONTAGNE, VICAR-GENERAL OF GRENADA

INVOCACION DEL REVERENDISIMO PASTOR CYRIL LAMONTAGNE, VICARIO GENERAL DE GRENADA

Friends, let us bow our heads and ask God to bless us as we hear His Holy Word and as we pray, thanking Him for the many blessings which He has sent us. Silently let us pray.

We shall read from the Gospel according to Saint Luke, Chapter VII: "John the Baptist sent two of his disciples to Jesus to ask Him 'Are you the One Who is to come, or look we for another?' Jesus answered them, 'Go back and tell John what you see. The blind see again, the lame walk, the lepers are cleansed, the deaf hear, the dead are raised to life, and the good news is proclaimed to the poor.'" Here ends the reading of the Gospel.

Let us pray. Lord Jesus, the Gospel tells us that You went about doing good. People suffering from all manner of disease and sickness came to You to have their health and strength restored. You listened to their cry for help, restored them to health, and sent them back strong and healthy to do their daily work and to serve others by their lives.

Realizing, Lord, Your interest in all that makes for the well-being of people, we commend to You this XX Pan American Sanitary Conference, which opens here today and will continue through 6 October. We ask You to bless all those who participate in it. May they be open to Your guidance and inspiration. May this Conference begin with Your blessing, be carried on by Your inspiration, and by You be happily ended.

This is our prayer. May You graciously hear and answer it. Amen.

Jesus taught us, friends, to call on God our Father. May we together now have the courage to pray. "Our Father Who art in Heaven, hallowed be Thy name, Thy Kingdom come, Thy will be done, on earth as it is in Heaven. Give us this day our daily bread and forgive us our trespasses, as we forgive those who trespass against us, and lead us not into temptation but deliver us from evil." May the blessings of Almighty God be sent upon us and be with us to guide us. May our deliberations here always be for the greater good of mankind. We pray this through Christ our Lord. Amen.

The PRESIDENT: Dr. Halfdan Mahler, Director-General of the World Health Organization, was unfortunately unable to be here with us today, but he has prepared an address to be delivered to us. I would now like to call on Dr. Carmelo Calvosa, Minister of Health of Costa Rica, to deliver that address.

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

El Dr. CALVOSA (Costa Rica): Señor Presidente de la XX Conferencia Sanitaria Panamericana, Representantes del Gobierno de Grenada, Señores Ministros y Delegados, damas y caballeros.

Como desgraciadamente no puedo estar presente en la XXX Reunión del Comité Regional para las Américas ni tener el placer ni el privilegio de dirigirme a ustedes personalmente, he pedido a mi buen amigo y colega, el Dr. Acuña, nuestro distinguido Director Regional, que invite al Excelentísimo señor Ministro de Salud de Costa Rica, el Dr. Carmelo Calvosa Chacón, a que lea a ustedes este mensaje en mi nombre. Le he pedido también, al Dr. Acuña que les distribuya una declaración que trata más ampliamente sobre el contenido de este mensaje.

En la 31a Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en mayo del presente año, lancé un llamamiento a los dirigentes políticos de todo el mundo para que diesen mayor prioridad a la salud y, a través de la salud, promoviesen el desarrollo y la paz. Este fue el comienzo de lo que voy a llamar "la lucha política para la salud". Las grandes reformas de saneamiento introducidas en la segunda mitad del siglo XIX, que trajeron agua salubre y sistemas de alcantarillado a los países en vías de industrialización y que tan eficaces fueron para promover la salud en esos países, se hicieron gracias a una enérgica situación política. Las grandes reformas sanitarias iniciadas por la Organización Mundial de la Salud en la segunda mitad del siglo XX se habrán también de llevar a cabo gracias a una vigorosa acción política.

Tenemos una importante meta social para los próximos decenios. En mayo de 1977, la 30a Asamblea Mundial de la Salud resolvió que los Gobiernos y la Organización Mundial de la Salud se propusieran alcanzar para todos los ciudadanos de todo el mundo en el año 2000 un grado de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. Esta es la meta de nuestra lucha por la salud. Para que nuestra meta reciba mejor acogida y para liberar la energía social masiva necesaria para alcanzarla es inevitable la lucha política. Tendremos que estrujarnos el cerebro para idear el mejor modo de lanzar esta lucha política en pro de la salud y de mantenerla viva. Voy a exponerles a ustedes mis propias ideas; están basadas en una sensación profunda de urgencia: hay que actuar ahora.

En el discurso que pronuncié ante ustedes el año pasado expuse un boceto para lograr un grado aceptable de salud para todos en el año 2000. Hora es ya pasada de convertir este boceto y cualquier otro que sea idóneo, en un plan mundial de acción en el que los países de las Américas habrán de participar plenamente. He dividido el boceto en programas y mecanismos prioritarios para asegurar que en cada país se organicen y ejecuten los

programas más adecuados. Nunca destacaré lo suficiente la acción en los países ya que ahí es donde alcanza mayor eficacia. Los Gobiernos deben adquirir el compromiso político inequívoco, por vía legislativa si es necesario, de introducir las reformas sanitarias que sean indispensables para que el desarrollo de la salud se convierta en realidad. Se han de fijar metas sociales de salud adaptadas a cada país. Se han de establecer y formular programas prioritarios con objetivos precisos encaminados al logro de las metas sociales de salud fijadas para cada programa; habrá que seleccionar o elaborar una tecnología apropiada que sea científicamente sólida, aceptable socialmente y viable económicamente. Todos los programas, cualquiera que sea su grado de prioridad, han de integrarse en un sistema general de salud, que comience por la atención primaria de salud y asegure el apoyo del resto del sistema. Los trabajadores de salud de todas las categorías han de tener una orientación social para servir a la población, prestándole los servicios previstos para ella, y han de recibir la información técnica pertinente.

También se han de adoptar medidas sistemáticas de gestión sanitaria. Entre ellas están actividades como la programación sanitaria por países, la preparación de presupuestos por programas nacionales de salud, la elaboración de programas de salud, la identificación de las instituciones y servicios que han de aplicar esos programas, la ejecución de los programas mediante tales instituciones y servicios, la evaluación de los programas y los sistemas auxiliares de información. Además, para lograr resultados duraderos se ha de tener fija la mirada en la realización social de las metas sociales. Entiendo por ello la participación de un público bien informado en el desarrollo y control de sus propios sistemas de salud. Vuelvo, pues, al tema de la acción social en pro de la salud, y a la necesidad de establecer y llevar a cabo planes de acción en todo el mundo para lograr un grado aceptable de salud para todos.

La acción internacional en pro de la salud es necesaria para apoyar la acción nacional, pero sin suplantarla. Basándose en planes nacionales, la OMS elaborará planes de acción regionales y mundiales. Estos serán decisivos para la estrategia que está preparando el Consejo Ejecutivo de la OMS con el fin de alcanzar un grado aceptable de salud para todos en el año 2000. También serán decisivos para la aportación del sector de la salud al Nuevo Orden Económico Internacional y para su transformación en un genuino orden internacional para el desarrollo.

A raíz de mi discurso ante la 31ª Asamblea Mundial de la Salud, envié cartas personales a cierto número de dirigentes mundiales pidiéndole que, apoyándose en las aspiraciones universales a la salud que se prestan respectivamente poco a controversia hiciesen lo máximo por promover el desarrollo social y económico y, por su medio, la paz mundial. También me he dirigido a todos los Ministros de Salud pidiéndoles que interviniesen ante su Jefe del Estado y sus colegas del Gobierno en relación con el desarrollo y la paz.

La 31ª Asamblea Mundial de la Salud adoptó una resolución en la que se me pidió que reexaminase las estructuras de la Organización, por cuanto respecta a las funciones de ésta, para conseguir que las actividades ejecutadas en todos

los niveles operativos contribuyan a una acción integrada. Juntamente con los Directores Regionales he puesto ya en marcha ese estudio. Espero que ustedes lo inicien en su Región en esta reunión del Comité Regional y que celebren amplias consultas con los Gobiernos de la Región.

Ahora me dirijo a ustedes --Delegados de los países de la Región de las Américas-- para pedirles que hagan todo lo posible para lograr la introducción urgente de estas reformas sanitarias que son necesarias en toda la Región y el establecimiento de planes nacionales y regionales de acción sanitaria. Los obstáculos con que ustedes tendrán que enfrentarse no hacen sino destacar la necesidad de movilizar la autosuficiencia colectiva en la lucha por el desarrollo económico y social.

Señor Presidente, distinguidos representantes, el empeño por la salud es un aspecto vital de esa lucha, Vayan tras ella con entusiasmo.

ADDRESS BY SENATOR THE HON. HENRY L. BULLEN, MINISTER OF STATE FOR HOME AFFAIRS,  
FOREIGN AFFAIRS, INFORMATION AND PUBLIC RELATIONS, GRENADA  
DISCURSO DEL SENADOR, HONORABLE HENRY L. BULLEN, MINISTRO DE ESTADO PARA ASUNTOS  
INTERIORES, ASUNTOS EXTERIORES, INFORMACION Y RELACIONES PUBLICAS, GRENADA

Mr. President, distinguished ladies and gentlemen, friends. Today I have the honor to represent the Prime Minister of Grenada, Dr. the Right Honorable Sir Eric M. Gairy, from whom I bring greetings and an expression of his wish that you stay on our small but beautiful island, with its warm, hospitable, and friendly people, will be absolutely enjoyable and rewarding. I shall not conceal our pride that this XX Pan American Sanitary Conference is being held here in the smallest Member Country of the Pan American Health Organization, Regional Office of the World Health Organization.

In Grenada, in accordance with the policy of the Government of Prime Minister Gairy, the citizens' right to enjoy good health continues to be a primary function of the national budget and is protected by the basic laws of the country, so as to ensure the social, material, and spiritual development of our people.

The Prime Minister desires that I convey to you his very deep regret at not been able to be present here this morning. He looks forward to the other opportunities such as this evening, that he will have to meet you all. His absence this morning should in no way be interpreted as a lack of interest in the important issues that are before you or any other matter connected with the quality of health of the peoples of this Region and indeed of the world. The record of Prime Minister Gairy's Government in the field of health services and in respect to facilities for all Grenadians, regardless of socioeconomic considerations, indicates the supreme importance he attaches to the nation's health.

The importance of this Conference cannot be over emphasized. Indeed, serious consideration must be given to any forum which concerns the important question of health. My Government is fully committed to the principle that health must always be first on any list of priorities, for no development plan can be effective if the health of the citizens of the country is neglected.

For the past two decades or so, tremendous progress has been made in this Region in the field of health, progress for which the Pan American Health Organization can justifiably claim a great deal of credit. Many of the diseases that were endemic in this Region have now been either eradicated or brought under control. Chances of survival of our infants and life expectancy are now markedly improved. Generally speaking, today the people of the Hemisphere enjoy a higher standard of health and as a result can live more satisfying and rewarding lives.

The Government of Grenada subscribes to the belief that the matter of improving the health of the people dovetails closely with solving the many problems of the day--preserving and consolidating peace, further deepening process of relaxing international tensions, removing the threat of nuclear war, and making headway in the field of disarmament. Grenada together with the other countries of this Region steadfastly and persistently looks forward to the attainment of these lofty goals.

Allow me to express the hope that the results of your deliberations will be a landmark on the road to expanding hemispheric cooperation in the field of public health and will promote the further consolidation of mutual understanding among the Member Governments of this Organization.

Mr. President and friends, it will be tragic if we allow ourselves to become too complacent. This is hardly the time to rest on our laurels. Rather, it is the time for consolidating and continuing research into the health problems that are still with us if we are to achieve the lofty aim of "health for all by the year 2000," adopted by the World Health Assembly in 1977. In effect, this means that within a relatively short period of time the inalienable right of man to health must be made a reality. Many battles have been won, but the war against diseases must be sustained.

Cooperation among developing countries is very much in focus these days, a fact that has been highlighted by the recently concluded conference in Argentina on technical cooperation among developing countries. Of course, very often when one speaks of cooperation one tends to think of it in an economic context, but I am sure you will agree that cooperation in the field of health is just as vital, given the limited resources at our disposal and the mobility of peoples. Health problems are not dissimilar from country to country, and it is therefore incumbent upon us to seek solutions together as we face the complicated task of improving health services, providing skilled medical care, and bringing it to our respective peoples in an acceptable and affordable manner.

Undoubtedly, considerable efforts and resources will be required in the future to improve the quality of medical care at all levels. Distinguished Delegates, if this Conference serves to stimulate the process of cooperation we would have succeeded as it were, in keeping a very important date with history.

At this stage of development and implementation of our individual health policies, we can ill afford to rely too heavily on others for the solution to our problems. Indeed, the abundance of talents and potentials in our Region must be harnessed and channeled toward the noble task of improving the quality of life and the health of our peoples and generally toward the process of nation building.

Not far remote from the principle of cooperation is the idea of coordination. There are many agencies that in one way or another concern themselves primarily with health matters. I am not prepared to make any value judgments on this, but it appears that if optimum results are to be obtained the efforts of these agencies must be coordinated. Failure to do so can only result in unnecessary and wasteful duplication.

It is gratifying to note that PAHO is committed to the ideas of closer cooperation and coordination with agencies that perform functions not dissimilar to its own. It can only be hoped that this approach is shared by other agencies. In view of the fact that the question of health should be the concern of everyone, it is logical, if not incumbent, that the entire community

should participate in health programs. It ought not only to be the business of urban dwellers or middle-class families. Rural populations should also be made an integral part of any health program. Let us not forget that the enjoyment of the best health care and facilities available is a basic human right.

It is beyond doubt that each system has its own special features, a fact well known to all of you. We in Grenada are profoundly convinced that every country can and should determine its own way of developing health services. However, success cannot and will not be achieved without having recourse to that treasure-house of world experience in which many useful principles, methods, and techniques have been accumulated--the adaptation and introduction of which could lead to a sharp improvement in the effective utilization of available resources, thus helping to satisfy more rapidly our needs in the future.

One of the realities of the second half of this century is that it has been virtually impossible to escape the effect of technological advances. The area of health is no exception. If, however, the application of technology takes place without due regard to the existing local conditions, the effects could be disastrous. It is important, therefore, that we guard against such developments as, for example, the use of very sophisticated equipment and methods in situations where less complicated ones could be equally effective.

Mr. President and honored Delegates, you have before you at this Conference a great deal of work to do. You must arrive at a consensus on a number of important questions, the solving of which will be a continuation of the great work begun many years ago when the United Nations founded the World Health Organization and in turn the Pan American Health Organization. WHO and PAHO as international and regional fora, respectively, and primarily concerned as they are with national health issues and services, have undergone during that period a number of changes which in the long run, particularly in the immediate past, have established conditions for improving the effectiveness of their activities.

This Conference can be seen as an important stage in deciding on future changes and in discussing regional programs for the further development of national health systems. The success of your deliberations will depend on how profoundly you discuss the issues before you, the extent of your tolerance and respect for each other's views, and the articulation of your proposals in the final report. Ultimately, however, what matters most is not what is written, but the effective implementation of decisions reached here.

Despite your heavy schedule, I extend to you on behalf of Prime Minister Gairy and the Government and people of Grenada a cordial invitation to take in as much of this beautiful island as you possibly can. You may rest assured that wherever you go our friendly and warmhearted people will welcome you as friends, as there are no strangers in Grenada.

Some may think that this Conference setting is ideal for tackling the task ahead. I should warn you, however, that once you take a plunge in the placid waters that are literally a stone's throw away, there will be an irresistible urge not to return to the conference table. You are therefore, sitting, as it were, on the horns of a serious dilemma. I rather suspect that at the end of the Conference some of you Delegates will remain with us for some time, while others will prefer to leave and then return. I have the permission of the Prime Minister and the Government to extend an invitation to you to make either choice.

Finally, let me once again, on behalf of Prime Minister Gairy, wholeheartedly wish you all fruitful work, new achievements, and successful solutions to the noble task before you. Let us keep this momentous date with history, and let it be recorded for all time that this Conference was action-oriented. The welfare of our peoples demands this of you.

May God bless you in your deliberations.



ADDRESS BY DR. KAMALUDDIN MOHAMMED, MINISTER OF HEALTH AND LOCAL GOVERNMENT OF TRINIDAD AND TOBAGO, AND PRESIDENT OF THE 31ST WORLD HEALTH ASSEMBLY  
DISCURSO DEL DR. KAMALUDDIN MOHAMMED, MINISTRO DE SALUD Y GOBIERNO LOCAL DE TRINIDAD Y TABAGO, Y PRESIDENTE DE LA 31a ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

Mr. President, honorable Ministers and Delegates, ladies and gentlemen. I am very pleased to be present at this XX Pan American Sanitary Conference and the XXX Regional Committee Meeting of the World Health Organization.

Let me first of all express my deep sense of gratitude to the Government and people of Grenada for the very warm welcome that Senator Bullen has extended on behalf of the Prime Minister and his people to all the Delegates and to congratulate this youngest Member Government of PAHO for the splendid arrangements that have been made for this Conference.

When last we met, in Washington about a year ago, the distinguished Delegates to PAHO gave me their unanimous support for the candidacy of Trinidad and Tobago to the Presidency of the World Health Assembly for the term 1978-1979. Although I have on previous occasions expressed gratitude for that support, allow me, for the records of this Conference and on behalf of my Government, to relay our deep sense of gratitude and appreciation for the support given and the intense solidarity displayed, which ensured my election to the Presidency.

Since then some of us met last July at the Caribbean Health Ministers Conference in St. Lucia, and a number of us met recently at the Alma Ata Conference in the Union of Soviet Socialist Republics.

Today, we are here on this beautiful spice island of Grenada for the XX Pan American Sanitary Conference, XXX Regional Meeting of the World Health Organization, through the kind auspices of the Government of Grenada. The agenda is a long one, but I trust and hope that our discussions will be very speedy and productive.

Our Ministers and technical officials have been spending a great deal of time away from our respective countries, so we must seek to come to decisions quickly and work together to have speedy and effective implementations of these plans.

In recent months some of our countries have been plagued with dengue fever, malaria, and yellow fever, while others continue to suffer from, among other problems, gastroenteritis and malnutrition.

Some of our countries still suffer from the lack of proper water supplies, low standards of basic environmental sanitation, and many of our people remain underserved with respect to primary health care, especially those who live in the rural areas.

The recent meeting on primary care at Alma Ata adopted 22 basic resolutions to which all Member Governments of the Pan American Health Organization are supposed to be committed.

It is my view, therefore, that this meeting should form the basis for us to continue to plan and exchange ideas for effective and speedy implementation of these and other decisions.

It is against this background, Mr. President, that I express my very deep concern about recent events within the Pan American Health Organization which, in my opinion, threaten to undermine the structure and effectiveness of this important body. I, therefore, urge the Ministers and Delegates to seek an effective solution to the problem that has developed regarding the election of the top post in this Bureau.

We may have to consider a new procedure for the election of this high office, one that will remove some of the problems that have developed. The system now in operation provides too much opportunity for intrigue, bitterness, politicking, and backbiting. And I do not believe that this is desirable. As Ministers, we cannot bury our heads in the sand and pretend that the problem does not exist. As men who represent our countries, we have a duty and an obligation to face the problem immediately and find a solution, before this Organization is undermined.

The excellent record of the Pan American Health Organization and the great service which this body has rendered to Member Countries make this Organization too unique to be embroiled in the kind of confrontation which threatens its harmonious and effective operations and which has already begun, through the public media, to bring the Organization into some form of disrepute. Our first and foremost task, therefore, should be for Ministers to address their attention to this very unfortunate development and to seek to resolve the problems amicably and as early as possible.

The common good of the Region and the preservation of the integrity of the Pan American Health Organization is far more important than the interests of any individual or any faction. While every person is entitled to exercise his democratic right, and recognizing the right of every sovereign government to pursue a policy of its choice, we must ensure in the exercise of these rights that nothing is done which would be inimical to the interests of PAHO.

Ladies and gentlemen, we have been planning for a long time, we have proposed, and we have recommended. There exists in our countries a wealth of expertise, both technical and managerial. Let us mobilize our resources and transform the ideas which have been developed into positive actions and programs designed to improve the standards of health in our respective countries. The gap between our discussion, our talk, and the implementation must be bridged.

From time to time, on such occasions as the last meeting of the Pan American Sanitary Conference in Washington and more recently at the World Health Organization in Geneva, I have expressed very strongly the view that our meetings are too frequent and too long. The attendance of key personnel at these meetings withdraws from the front line in our countries the very persons who should be giving direction to vital health programs. To this extent, we are unwittingly inhibiting progress toward the improvement of health standards and are thereby failing to acknowledge the importance to development of human resources in our countries. I urge you with the greatest humility and respect to consider this appeal once again.

Ladies and gentlemen, the time for action is now. We have produced tons of documents. Look at our tables and see the amount of documents we have. I do not think anybody can read them. They, however, contain invaluable information. What must be done now is to implement these plans so that the strategies that have emerged from our labors will filter down to the masses in our countries. Let us therefore resolve to work assiduously towards this objective, and let it be recorded that the initiative was taken here in Grenada.

Let me take this opportunity to thank the Prime Minister and the Government of Grenada for the warm message of friendship and goodwill that has been presented by Minister Bullen and for making this beautiful island available for the Conference. In conclusion, allow me also, Mr. President, to warmly congratulate you on your election by acclamation. Under your guidance, I am sure the deliberations of this Conference will be highly successful. Thank you very much.

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

Señor Presidente de la XX Conferencia Sanitaria Panamericana, Excelentísimo Señor Ministro de Salud y Vivienda de Grenada, Honorable H. Preudhomme; Excelentísimo Señor Ministro de Estado para Asuntos Interiores, Asuntos Exteriores, Información y Relaciones Públicas del Gobierno de Grenada, Honorable Senador Henry Bullen; Excelentísimo Señor Ministro de Salud y Gobierno Local de Trinidad y Tabago y Presidente de la 31ª Asamblea Mundial de la Salud, Honorable Doctor Kamaluddin Mohammed; Excelentísimo Señor Ministro de Salud de Costa Rica, Dr. Carmelo Calvosa; Reverendísimo Pastor Cyril Lamontagne, Vicario General de Grenada; Excelentísimos señores Ministros y Jefes de Delegación; distinguidos señores Delegados, damas y caballeros. En nombre de la Organización Panamericana de la Salud y de la Oficina Sanitaria Panamericana quisiera expresar al Gobierno de Grenada nuestra inmensa gratitud por habernos invitado a celebrar en esta bella isla del Caribe la XX Conferencia Sanitaria Panamericana. Por resolución de la XXV Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, aceptamos esta honrosa invitación, la cual siguió al trascendental hecho de la admisión de Grenada en la OPS, convirtiéndose en su 32º Estado Miembro.

El propósito de los países de las Américas de elevar las condiciones de vida de sus habitantes mediante el mejoramiento de los niveles de salud se ha venido transformando en hechos reales durante la presente década. Existe una tendencia claramente delineada por los Gobiernos de considerar la salud como un elemento indivisible del desarrollo global, así como la decisión de introducir nuevos enfoques, estrategias y tecnologías que permitan acelerar las actividades tendientes a alcanzar las metas del Plan Decenal de Salud para las Américas, cuya última etapa estamos viviendo. Dicho Plan refleja la preocupación de los Gobiernos Miembros por abordar problemas fundamentales y lograr mediante una acción solidaria que todos los individuos y las comunidades tengan acceso a los servicios, a fin de alcanzar niveles de salud compatibles con su bienestar. Cabe preguntarse en este instante si los recursos y los esfuerzos que los Gobiernos están invirtiendo en esta magna empresa permitirán a nuestros países alcanzar las metas de extensión de la cobertura de servicios de salud a toda la población. Además, es preciso determinar qué impacto ha producido este proceso en la reducción de las enfermedades prevalentes y en las tasas de mortalidad infantil y preescolar, qué influencia ha tenido en los estados nutricionales y qué progreso se ha alcanzado en la dotación de agua potable para la población rural y periurbana y, finalmente, si los recursos humanos y materiales han aumentado y se están canalizando según los requerimientos del proceso. En suma, es necesario precisar si los objetivos que los Gobiernos y la Organización establecieron para el decenio 1971-1980 se están materializando en decisiones políticas de los Gobiernos sobre extensión de la cobertura, así como si se ha logrado introducir cambios en la concepción y organización de los sistemas de salud, en su desarrollo administrativo, en sus sistemas de financiamiento y en las tecnologías en

uso, y si se ha facilitado la posibilidad de acceso a los servicios y se han mejorado los niveles de salud.

En relación con los recursos reales y monetarios se plantea otro tipo de interrogante. Tomando en consideración el establecimiento de la infraestructura requerida, la información procedente de 20 países muestra que, para 1980, se requerirán por lo menos otras 20,000 unidades adicionales, con una inversión superior a EUA\$ 100 millones y, para esa misma época, se necesitarán por lo menos otras 400,000 camas adicionales de hospital, con un costo de instalación aproximado de EUA\$ 8,000 millones.

Quisiera hacer hincapié en que, de seguir con los métodos tradicionales, solo para establecer una infraestructura que permitiese atender las demandas y necesidades de la población durante la próxima década, se necesitaría una inversión superior a EUA\$ 8,100 millones. Además, si se tomasen en cuenta el aumento de los gastos de operación que esta inversión requiere y el costo de los programas específicos de control y erradicación de algunas enfermedades, estas cifras llegarían a niveles difíciles de alcanzar.

Al examinar las actividades de saneamiento básico a la luz de las metas establecidas por la Conferencia de Asentamientos Humanos celebrada en Canadá y por la Conferencia Internacional sobre el Agua llevada a cabo en la Argentina, en el rubro del agua potable se destaca que el 95% de la población de las zonas urbanas y el 80% de las rurales deberán contar con este servicio. Para cubrir estas metas en el decenio 1981-1990, con los costos y las tecnologías actuales habría que invertir una cantidad superior a EUA\$5,000 millones en las zonas urbanas y de \$2,000 a 3,000 millones en las zonas rurales. A estas cifras habría que agregar los gastos que originasen los programas para la eliminación de desechos y los crecientes problemas de contaminación del aire, el agua y el suelo. Es necesario determinar si los Gobiernos de las Américas podrán hacer frente a esta tremenda carga financiera. Igualmente cabe preguntarse si sería posible desarrollar en corto plazo la capacidad operativa necesaria para absorber un volumen considerable de recursos nacionales y externos en un plazo fijo y, finalmente, si debemos seguir utilizando los enfoques y las tecnologías tradicionales ante las transformaciones que se están operando en nuestros países.

Es indudable que los Gobiernos deben reflexionar sobre la trascendencia de estas acciones frente a la realidad nacional. Las respuestas a algunas de estas incógnitas deberán obtenerse antes de finalizar la década actual. Queda, por tanto, un período breve para incrementar acciones y esfuerzos que estimulen el desarrollo franco y necesario de los programas y que permitan superar los serios obstáculos que se presentan tanto dentro como fuera del sector de la salud. Debe también tomarse en consideración en esta etapa que el desarrollo de las políticas nacionales de salud ha estado generando nuevas situaciones, cuya índole debe valorarse, ya que constituyen un elemento de juicio fundamental para conformar las estrategias que habrán de seguirse. Para definir la pauta a seguir en el futuro conviene establecer el punto de partida que según la problemática y la

política de salud continental tendrá su base en los resultados que se obtengan de la evaluación del Plan Decenal de Salud para las Américas (el actual de 1971-1980) así como de la puesta en práctica de la Resolución XIV del XXV Consejo Directivo, relacionada con la IV Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas. Esa acción será la que permitirá valorar el progreso obtenido en este esfuerzo conjunto que han desplegado los Gobiernos de las Américas con singular entusiasmo para extender la cobertura de servicios. También permitirá identificar los problemas remanentes y los nuevos que resulten de la situación cambiante de la salud en los países del Hemisferio. Dicha evaluación, que estamos proponiendo a los Gobiernos que se realice en 1980, deberá traducir en forma integral los resultados logrados a nivel de cada país en las áreas prioritarias del Plan Decenal y la determinación de cómo los esfuerzos individuales están conformando el perfil de salud en las Américas.

En concreto, es preciso que los Gobiernos Miembros y la Organización decidan realizar en un futuro próximo tres acciones que se estiman esenciales para dotar de servicios a toda la población con la estrategia de la atención primaria y la participación de la comunidad, a fin de mejorar los niveles de salud y el bienestar de las poblaciones: La primera acción contempla la intensificación del esfuerzo de los países en el período final de la presente década para llevar a la práctica la política regional definida en el Plan Decenal de Salud, así como las estrategias adoptadas en la IV Reunión Especial de Ministros de Salud.

La segunda es la evaluación de los resultados alcanzados en el desarrollo del Plan Decenal de Salud de las Américas. Dicha evaluación debe prepararse en 1979, el año próximo, y ponerse en práctica en 1980. Esta acción implica un compromiso previo entre los países para adoptar parámetros y definiciones que permitan la comparación de datos y la consolidación de la información que a nivel del Continente deberá reflejar tanto el progreso global logrado como los problemas que en forma individual y colectiva tendrán que afrontar y superar los Gobiernos Miembros y la Organización en el próximo decenio.

Como tercera acción, habrá que definir la política, las metas y las estrategias necesarias para abordar los problemas actuales y los nuevos que se están planteando, por la situación cambiante, en las estructuras y sistemas nacionales de salud, así como por las transformaciones resultantes de la dinámica propia del desarrollo de las áreas prioritarias del actual Plan Decenal de Salud.

De estar los Gobiernos de acuerdo con la realización de esta acción, eso constituiría el contenido del Plan Decenal de Salud para las Américas correspondiente al decenio 1981-1990.

No obstante, juzgo de la mayor importancia examinar ahora algunas perspectivas que se plantean para el futuro: Cualesquiera que sean los progresos alcanzados al final de esta década, es de prever que habrán de introducirse ajustes en los conceptos y planteamientos generales y habrá

que definir nuevas metas, así como las estrategias e instrumentos para alcanzarlas, todo ello dentro del contexto del desarrollo global y a la luz de ciertos factores cruciales que tienen influencia indiscutible en el estado de salud de las comunidades y cuya superación está fuera del ámbito del sector salud, como las migraciones y el incremento de la población, la pobreza social, la producción de alimentos y algunos problemas del ambiente. No podrán formularse las proposiciones para acciones futuras al margen de la evolución probable de esos factores y, por lo tanto, habrá que visualizar el porvenir dentro de una concepción integral de elementos intra y extra sectoriales que, en mayor o menor grado, repercuten en la salud de las comunidades.

Habrà que definir la política continental de salud para la década 1981-1990 tomando en consideración los profundos cambios, que, tanto en la salud como en el desarrollo socioeconómico y político, se están operando en el Hemisferio. /

La severidad de los problemas demográficos no puede pasar inadvertida: Según las estimaciones hechas, la América Latina tendrá más de 600 millones de habitantes en el año 2000, lo que significa un aumento de 300 millones sobre las cifras de 1970. Ese incremento impresionante de la población en un período tan breve, destaca la magnitud del esfuerzo que los países del Continente deberán realizar para cumplir la meta de extensión de la cobertura de los servicios de salud.

Además del aumento de población, se observa un profundo cambio en la estructura de esta en cuanto a su distribución urbana y rural. Los estudios hechos por CELADE, el Centro Latinoamericano de Demografía, en 20 países de la América Latina, ponen en evidencia que si no se modifican las tendencias actuales de incremento, la población urbana pasará del 58% de la población total en 1970 al 76% en el año 2000. Lo más importante de este cambio de estructura de la población urbana y rural es la tendencia hacia una fuerte concentración en las grandes ciudades. Teniendo en cuenta que en estos análisis se define como población urbana la que reside en ciudades de más de 20,000 habitantes, este fenómeno de urbanización resulta aún más impresionante. Existen suficientes razones para suponer que en el corto plazo que resta para alcanzar el año 2000 no es posible esperar un cambio drástico de dicha tendencia. Habría, por lo tanto, necesidad de reorienter las estrategias, a fin de que los sistemas nacionales de salud estuviesen preparados para satisfacer la demanda de la población que se vaya incorporando a las áreas urbanas y periurbanas. Esto significa tanto un incremento en el número de personas a atender como un cambio en las estructuras de sus necesidades y demandas. En esta situación se deben revisar los aspectos operativos de las estrategias de la atención primaria y de la participación de la comunidad y ajustar a las modalidades económicas, sociales y culturales de los conglomerados humanos que están ingresando en la estructura socioeconómica de las ciudades y eso promovió la iniciativa del Gobierno de la Argentina, en la reunión de Alma Ata, de convocar a una reunión continental para ver esos aspectos. Este fenómeno de urbanización afecta sensiblemente a toda la política de

inversión en el sector salud y a sus relaciones intersectoriales, a la vez que exige una revisión profunda de las tecnologías actuales de prestación de servicios de salud, una reorganización de los sistemas, un examen de los procedimientos con que estos se administran y la organización, las funciones y las relaciones entre las diversas instituciones que componen el sector salud.

También se agudiza el problema de elevar al máximo la capacidad operativa y la eficiencia de estos sistemas y, por lo tanto, la búsqueda acelerada de soluciones que permitan satisfacer con eficacia la demanda esperada. Será necesario reordenar la actual concentración de recursos existentes en estos centros urbanos, reorganizándolos institucional y administrativamente y buscando nuevas soluciones técnicas que permitan asegurar la máxima eficiencia.

Una nueva visualización de los sistemas de salud tiene que ser previa a los esfuerzos para dotar al sector de los recursos adicionales necesarios. En este rediseño y reconceptualización de los sistemas de salud deberá tenerse en cuenta que un 24% de la población, que representa 146 millones de habitantes, continuará viviendo en el medio rural y, posiblemente, en condiciones de desamparo. También habrá que considerar que este fenómeno migratorio cambiará las condiciones de vida de las poblaciones urbanas y rurales con repercusiones, tanto en la estructura de sus necesidades y aspiraciones, como en la forma de satisfacerlas.

Lamentablemente, no existe información suficiente sobre la forma como se concentrará la población en ciudades menores de 20,000 habitantes y cómo esos movimientos migratorios afectarán a las poblaciones hoy dispersas. La experiencia demuestra que cualquier intento de alterar el ritmo y la intensidad de las tendencias migratorias obligará a introducir cambios fundamentales en el sistema de producción y reparto del producto, así como modificaciones sustantivas en el bienestar al que esas comunidades rurales puedan aspirar.

Esas modificaciones podrán ser activadas por una política y un estilo de desarrollo nacional que diversifique núcleos de crecimiento socioeconómico que promuevan acción multisectorial en la cual la innovación social y el desarrollo de tecnologías apropiadas con participación de las comunidades, permitan nuevas fórmulas de producción y relación entre los individuos y las instituciones que constituyen el elemento clave de un estilo de vida rural.

En este contexto, el sector salud debe jugar un papel importante, ya que, en el mejor de los casos, su acción aislada no podría alcanzar soluciones sostenidas en el tiempo. Desde esa perspectiva, las estrategias de atención primaria y de participación de la comunidad siguen siendo válidas para alcanzar la meta de cobertura deseada, pero su contenido concreto y sus aspectos instrumentales deben ser revisados a la luz de los propósitos de cambio para la sociedad a que aspire cada país.



Es obvio que el fenómeno de urbanización no resolverá el problema de la pobreza social, como tampoco lo ha solucionado hasta ahora la simple persecución del crecimiento económico. Efectivamente, la historia nos muestra con claridad que los esfuerzos para lograr el crecimiento económico no resuelven el problema de la pobreza social ya que los beneficios de dicho desarrollo no llegan a los sectores más necesitados de la población, que son los 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 marginación. Es, por lo tanto, urgente descartar los modelos que son consecuencia lógica de una filosofía de desarrollo centrado en el crecimiento económico al que deben subordinarse las necesidades sociales.

El estilo de desarrollo que visualizamos significa una profunda modificación de esta tendencia, significa también un abordaje distinto en la tecnología que, siendo innovadora, deba desarrollar capacidades nacionales para crear y adaptar tecnologías sobre la base de las ya existentes, con objeto de satisfacer las necesidades locales. Una tecnología concebida y aplicada con un sentimiento humano y renovador que garantice el mejor uso de los recursos de las sociedades, en fin, una tecnología decidida a identificar alternativas, tanto social como ecológicamente adecuadas.

En el campo de la salud, la morbilidad excesiva y la mortalidad prematura son dramáticas expresiones de la pobreza social, reflejan el impacto que tiene la prosecución de metas de acumulación como única alternativa para el desarrollo, con sus secuelas de distribución regresiva del producto, desempleo, ignorancia, ambiente inadecuado y desnutrición.

Con relación al problema de la desnutrición, no podemos seguir limitándolo a la exclusiva responsabilidad del sector salud, pues tiene características socioeconómicas bien definidas y reconocidas por los Gobiernos Miembros, quienes han iniciado ya un movimiento de acción multisectorial para lograr la formulación y ejecución de políticas y planes nacionales de alimentación y nutrición. La dinámica que caracteriza las variables demográficas de la Región y el ritmo con que evoluciona el desarrollo agropecuario y el resto de las actividades económicas confirman que la revisión de políticas y estilo de desarrollo con un enfoque humanístico intersectorial es el camino que conduciría hacia logros más efectivos. Lo que falta ahora es un esfuerzo vigoroso a nivel de cada país para transformar en acción dinámica este propósito.

Se juzga que la disponibilidad de alimentos es el factor sobre el cual gira gran parte del problema de la desnutrición y que esta disponibilidad es la resultante de las formas de producción y principalmente del acceso de la población a los nutrientes.

Quizá el aspecto de mayor preocupación para el futuro sea el correspondiente a ese acceso. Se ha podido verificar que la diferencia en la distribución de ingresos personales constituye uno de los factores que agravan el problema. Mientras que los grupos de altos ingresos tienen

índices de consumo de alimentos superiores a sus requerimientos, los grupos de bajo ingreso tienen niveles que varían del 58 al 88% de sus necesidades. Las proyecciones para 1981-1990 basadas en distintas hipótesis de crecimiento del ingreso nacional y su distribución indican que, aún cuando aumenten los niveles de consumo para cada grupo específico de ingreso, los correspondientes a los bajos ingresos no alcanzarán a satisfacer las necesidades de calorías y proteínas, debido a la limitación de la capacidad económica.

No podemos, por otra parte, ignorar los problemas del ambiente. Mientras que los problemas esenciales del saneamiento básico persistan en las próximas décadas, los de contaminación del ambiente irán aumentando rápidamente a medida que la Región se vaya transformando en una sociedad predominantemente urbana y concentrada. El dilema de reducir el déficit de los servicios básicos para zonas rurales y periurbanas y de abordar al mismo tiempo los problemas derivados de la contaminación ambiental y de la salud ocupacional con los limitados recursos disponibles para el sector se debería resolver mediante la inclusión efectiva de las actividades de salud ambiental en los proyectos de desarrollo económico y la promoción de acciones multisectoriales para la preservación del ambiente, así como el desarrollo y la selección de tecnologías apropiadas. La continua migración de las poblaciones rurales hacia zonas urbanas y la colonización de nuevas regiones rurales y selváticas están produciendo cambios en el equilibrio ecológico y en los estilos de vida de las comunidades, con notables repercusiones en las estructuras de salud.

Desde el punto de vista epidemiológico, se observa que las enfermedades ligadas a la pobreza se asocian con las patologías propias de las sociedades industriales. Ello señala la urgencia de promover y desarrollar investigaciones que permitan conocer la dinámica de las enfermedades prevalentes y su evolución futura y adecuar, por lo tanto, la tecnología de control dentro del contenido programático de la extensión de la cobertura de los servicios de salud con la estrategia de la atención primaria.

Especial atención merece el caso de las enfermedades transmisibles cuyos programas aún demandan un tratamiento particular dentro de la estructura general de salud. Las técnicas y procedimientos deberán realizarse incrementando la investigación sobre métodos de ataque. Las nuevas empresas industriales y comerciales han ocasionado cambios ecológicos que contribuyen a la propagación de enfermedades transmisibles por vectores, como la fiebre amarilla y otras infecciones por arbovirus, la esquistosomiasis y la malaria.

El programa de malaria ha tenido un progreso lento en los últimos años y en algunos casos la incidencia de la enfermedad ha aumentado, y la situación se ha deteriorado en las áreas en fase de ataque por causas técnicas, financieras y socioeconómicas.

Los problemas demográficos que hemos citado, así como los de carácter socioeconómico y cultural están contribuyendo a la distorsión de la estructura y de las relaciones de los grupos familiares. La situación

expuesta condiciona riesgos especiales que afectan a los grupos biológicamente más vulnerables y, en general, a las familias mismas, influyendo negativamente en los procesos de crecimiento y desarrollo y en los propios de reproducción humana, así como en la normal convivencia y en la adaptación psicosocial a la comunidad.

Los problemas mencionados afectan aproximadamente al 70% de la población de la América Latina y el Caribe, incluyendo preferentemente a las mujeres en edad fértil y a los adolescentes. Siendo el medio familiar el sustrato económico más importante que facilita o limita la modulación física y psicosocial de sus integrantes, se comprende que la problemática de salud maternoinfantil debe estar incluida dentro del marco del desarrollo del bienestar de la comunidad.

Dentro del contexto global descrito, es necesario examinar cuáles son los problemas que surgen en el establecimiento y desarrollo de los sistemas de los servicios de salud y su contenido programático para alcanzar la cobertura universal del año 2000 con las estrategias de la atención primaria y la participación de la comunidad.

En primer término, se plantea el escaso tiempo político disponible y los períodos relativamente largos que demanda la maduración de las diferentes soluciones posibles para alcanzar los cambios deseados. Otro de los problemas es la incorporación masiva de recursos y de participantes en el proceso, que agrava prácticamente la incapacidad operativa de los sistemas. Un tercer problema es el referente a la pobreza e inadecuación de los conocimientos y aptitudes disponibles frente a la necesidad de definir y operar eficientemente las nuevas soluciones. Finalmente, el problema crucial lo constituyen la necesidad de participación de todos los agentes frente a la resistencia al cambio que la mayoría de los grupos participantes ofrecen en procesos de esta naturaleza.

Los problemas antes mencionados, Sr. Presidente, Sres. Delegados, definen los procesos de extensión de la cobertura como situaciones de verdadera emergencia que requieren esfuerzos extraordinarios siguiendo enfoques y métodos básicamente diferentes de los usados en los procesos con otra modalidad e intensidad. De esta situación se derivan tres lineamientos: El despegue acelerado del proceso a partir de cualquier coyuntura nacional favorable y dinámica, lo cual supone una iniciación desequilibrada que posteriormente conducirá al equilibrio. Segundo, el desarrollo del proceso por aproximaciones sucesivas para perfeccionarlo aprovechando las experiencias producidas, y tercero y último, la adopción de un proceso dialéctico de participación y capacitación de todos los agentes que permita incrementar el inventario de soluciones, su viabilidad y la destreza de todos los agentes para su correcta operación.

Lo anterior señala la urgencia de cambiar algunos conceptos tradicionalmente aceptados y la necesidad de admitir explícitamente que la extensión de la cobertura con la estrategia de atención primaria y de participación de la comunidad, tal como se plantea en nuestros países, constituye un

proceso de cambio con velocidad e intensidad propia y que se mueve fundamentalmente en situaciones de incertidumbre. Las variables que lo definen son, por lo tanto, no mesurables o quasimensurables en su mayoría, lo cual delimita y condiciona el arsenal conceptual e instrumental para su tratamiento.

Puede afirmarse que esta interpretación del proceso obliga a adoptar enfoques fundamentalmente heurísticos y empíricos, lo que presupone un perfeccionamiento, mediante la incorporación de conocimientos por aproximaciones sucesivas, el análisis sistemático de los problemas nacionales y la estimación de nuevas situaciones, a mediano y largo plazo. Esta reevaluación de los aspectos conceptuales e instrumentales se justifica con la necesidad impostergable de seleccionar y crear enfoques y tecnologías apropiadas para hacer factible el proceso.

El análisis de los aspectos que he mencionado y que considero cruciales está señalando líneas de acción que cada Gobierno en particular, y la Organización como un todo, deberán afrontar con carácter urgente, a fin de alcanzar la meta de cobertura universal en el año 2000 y de desarrollar al máximo la autosuficiencia de nuestros países para mantener y mejorar, tanto los niveles de salud como para asegurar su contribución al desarrollo global.

En cada país será necesario que el sector salud, dentro de sus posibilidades, participe en la definición del estilo de desarrollo y de la propia imagen que se desea alcanzar. Se deberán revisar las estrategias de atención primaria y de participación de la comunidad, en base a las peculiaridades políticas, económicas, sociales y culturales, así como a los niveles y estructuras de salud de cada país, tomando en consideración, en especial, los movimientos migratorios y las transformaciones sociales y productivas que se espera ocurran en él a plazo largo y medio. Esta revisión deberá incluir subestrategias específicas para el medio urbano y el rural, de modo que se adopten los cambios pertinentes para ambos.

La acción intersectorial es una condición necesaria para las estrategias de atención primaria y de participación de la comunidad; pero aún cuando se reconoce la necesidad de que el sector salud se integre al contexto intersectorial del desarrollo socioeconómico de los países, este propósito no ha alcanzado la intensidad y continuidad que se requiere. En la concepción del desarrollo que estamos proponiendo, el perfeccionamiento de esta integración indispensable está condicionado por la forma como cada país defina y programe la diversificación de sus centros de desarrollo, así como la orientación social de ellos. Por lo tanto, el sector salud deberá participar activa y creativamente en todas las etapas del diseño e implantación de dichos núcleos. El éxito de esta táctica está condicionado por la selección de tecnologías que cada país considere apropiadas para el crecimiento y la transformación económica de esos centros.

Me permitiré hacer ahora una pausa para pasar a lo que yo considero la parte fundamental de este mensaje.

Estamos convencidos que estas actividades así orientadas deben constituir el mejor camino para lograr la autosuficiencia de cada país y alcanzar y sostener las metas del bienestar deseado. Aunque no hay duda sobre el carácter estrictamente nacional de esta empresa, ni de la necesidad de que cada país desarrolle sus propias soluciones, esta formidable labor puede y debe ser facilitada mediante acciones solidarias debidamente programadas y ejecutadas entre los países de nuestra Región. Ese esfuerzo debe estar orientado hacia el incremento del conocimiento, tanto de la naturaleza de los problemas, como de las soluciones posibles para la selección y creación de tecnologías apropiadas a fin de aplicar esas soluciones al desarrollo de los recursos humanos que transformarán en realidad las aspiraciones de cada país. Con este propósito, es necesario fortalecer la cooperación técnica entre países en desarrollo, principalmente en cuanto al intercambio sistemático y programado de experiencias y de personas que contribuirán con un efecto multiplicador a facilitar la solución, no solo de los problemas de cada país, sino de los de la Región como un todo.

Señores Ministros, Sres. Delegados, la Organización reconoce que la situación de cambio político-económico que todos estamos experimentando afecta los conceptos tradicionales de cooperación técnica. Eso representa para la Organización tanto un desafío como una excelente oportunidad para adoptar enfoques innovadores, dinámicos y de más flexibilidad.

La estructura de la Organización y el marco administrativo que se ha estado desarrollando durante los últimos cuatro años han sentado las bases para la utilización de nuestros recursos, de manera que puedan ejercer una verdadera función catalizadora, junto con las nuevas definiciones de la cooperación técnica internacional.

Al introducir en nuestra gestión los cambios necesarios para que la Organización se adapte a los nuevos requisitos de la cooperación técnica, sabíamos que la tarea sería ardua. La resistencia al cambio ha sido frecuente y las actitudes que han prevalecido dentro y fuera de la Organización durante largos años de status quo han constituido un obstáculo que ha sido preciso vencer.

Entre la continuidad y el cambio decidimos actuar, a pesar de las consecuencias que nuestra posición podría traernos, ya que la Organización tiene que responder y ajustarse al nuevo orden que los países han formulado. Esperamos que esto pueda realizarse mediante un diálogo constructivo al más alto nivel.

Confío en que los señores Ministros de Salud compartan nuestros puntos de vista y tomen decisiones que permitan poner en ejecución, en el más corto plazo, las estrategias que estamos proponiendo para poder responder a una necesidad histórica, ineludible y urgente.

Estamos dispuestos a aceptar el desafío que se nos hace por medios ilícitos y quizá, espero yo, por medios lícitos en el seno de esta honorable Conferencia Sanitaria Panamericana. Se ha desencadenado una campaña de

falsedades por medio de anónimos que todos ustedes conocen, y que los Jefes de Estado de los Gobiernos aquí representados también conocen. Esperamos que, por lo menos, haya valentía en aquellos que han auspiciado ese tipo de actividades destinadas a destruir la Organización, no a quitar a un Director y poner a otro, sino a destruir lo que ustedes han iniciado hace cuatro años. Se trata de opositores de dentro y fuera de la Organización.

Señores, el desafío está aceptado y yo espero que se lleve a cabo el diálogo dentro del más cordial ambiente, para que ustedes, Señores Ministros, decidan qué es lo que desean: continuar con el status quo de hace cuatro años o introducir aquellas reformas, aquellas modificaciones que hagan que la cooperación técnica de la Organización sea más pronta, accesible, flexible y que esté de acuerdo con las necesidades de cada país. Muchas gracias.

The PRESIDENT: Now distinguished Ministers, ladies and gentlemen, this inaugural plenary is concluded, and we will now proceed to the second plenary session.

The session rose at 12:00 noon  
Se levanta la sesión a las 12:00 horas



# XX PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE

## XXX REGIONAL COMMITTEE MEETING

ST. GEORGE'S, GRENADA

SEPTEMBER - OCTOBER 1978

Monday, 25 September 1978, at 12:15 p.m.  
Lunes, 25 de septiembre de 1978, a las 12:15 p.m.

CSP20/MP/2

25 September 1978

ORIGINAL: ENGLISH-SPANISH-  
PORTUGUESE

PROVISIONAL VERBATIM RECORD OF THE SECOND PLENARY SESSION  
ACTA PROVISIONAL TAQUIGRAFICA DE LA SEGUNDA SESION PLENARIA

President:  
Presidente:

Mr. H. J. Preudhomme

Grenada

### Contents Indice

- Item 3: Election of the President, Two Vice-Presidents, and the Rapporteur (conclusion)  
Tema 3: Elección del Presidente, dos Vicepresidentes y el Relator (conclusión)

Note: This verbatim record is provisional. Delegates are therefore requested to notify Document Services (Room A-I) of any changes they wish to have made in the text. The texts of the verbatim records will be published in the Proceedings of the Meeting.

Nota: Esta acta taquigráfica es provisional. Se ruega a los señores Delegados tengan a bien comunicar al Servicio de Documentos (Hab. A-I) las modificaciones que deseen ver introducidas en el texto. Los textos de las actas taquigráficas se publicarán en las Actas de la Reunión.

ITEM 3: ELECTION OF THE PRESIDENT, TWO VICE-PRESIDENTS, AND THE  
RAPPORTEUR (conclusion)

TEMA 3: ELECCION DEL PRESIDENTE, DOS VICEPRESIDENTES Y RELATOR (conclusión)

The PRESIDENT: The next item is the election of two Vice-Presidents and the Rapporteur.

Dr. MACHADO (Brasil): Senhor Presidente, desejo apresentar a candidatura do Delegado dos Estados Unidos da América para a primeira vice-presidência.

The PRESIDENT: Are there any other nominations? I take it that there are none, so the Delegate of the United States of America has been elected. Are there nominations for the other post of Second Vice-President? I recognize the Delegate from the United States of America.

Dr. RICHMOND (United States of America): Mr. President, I would like to take the privilege of nominating the distinguished Delegate of Brazil, the Minister of Health of that country, and I would hope that he would be unanimously accepted.

The PRESIDENT: Are there any other nominations? The Delegate of Brazil has been nominated as Second Vice-President. If there are no other nominations, then it is agreed.

I now invite you to make nominations for the Rapporteur of this Conference.

Dr. RICHMOND (United States of America): I would like to nominate the distinguished Delegate from Argentina.

The PRESIDENT: Dr. González Carrizo of Argentina has been nominated. If there are no other nominations he is elected.

Dr. Richmond (United States of America) and Dr. Machado (Brazil) were unanimously elected First and Second Vice-Presidents, respectively, and Dr. González Carrizo (Argentina) was unanimously elected Rapporteur.

El Dr. Richmond (Estados Unidos de América) y el Dr. Machado (Brasil) son elegidos primero y segundo Vicepresidentes, y el Dr. González Carrizo (Argentina) es elegido Relator, por unanimidad.

The session rose at 12:40 p.m.  
Se levanta la sesión a las 12:40 p.m.





# XX PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE

## XXX REGIONAL COMMITTEE MEETING

ST. GEORGE'S, GRENADA

SEPTEMBER - OCTOBER 1978

Monday, 25 September 1978, at 2:30 p.m.  
Lunes, 25 de septiembre de 1978, a las 2:30 p.m.

CSP20/MP/3, Rev. 1  
28 September 1978  
ORIGINAL: ENGLISH-SPANISH

PROVISIONAL VERBATIM RECORD OF THE THIRD PLENARY SESSION  
ACTA PROVISIONAL TAQUIGRAFICA DE LA TERCERA SESION PLENARIA

President: Mr. H. J. Preudhomme Grenada  
Presidente:

Contents  
Indice

- 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 para Estudiar la aplicación del Artículo 6.B de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud

(continued overleaf)  
(continúa al dorso)

Note: This verbatim record is provisional. Delegates are therefore requested to notify Document Services (Room A-I) of any changes they wish to have made in the text. The texts of the verbatim records will be published in the Proceedings of the Meeting.

Nota: Esta acta taquigráfica es provisional. Se ruega a los señores Delegados tengan a bien comunicar al Servicio de Documentos (Hab. A-I) las modificaciones que deseen ver introducidas en el texto. Los textos de las actas taquigráficas se publicarán en las Actas de la Reunión.

Contents (cont.)  
Indice (cont.)

Item 5: Adoption of the Agenda  
Tema 5: Adopción del programa

Item 6: Establishment of the Main Committees  
Tema 6: Constitución de las comisiones principales

Item 7: Establishment of the General Committee  
Tema 7: Constitución de la Comisión General

- ITEM 4: ESTABLISHMENT OF A WORKING PARTY TO STUDY THE APPLICATION OF  
ARTICLE 6.B OF THE PAHO CONSTITUTION
- ITEM 4: ESTABLECIMIENTO DE UN GRUPO DE TRABAJO PARA ESTUDIAR LA APLICACION  
DEL ARTICULO 6.B DE LA CONSTITUCION DE LA ORGANIZACION PANAMERICANA  
DE LA SALUD

The PRESIDENT: We are now going to discuss Item 4, which is the Establishment of a Working Party to Study the Application of Article 6.B of the PAHO Constitution. I would like to suggest that the Working Party be composed of the United Kingdom, Chile, and Guyana. If there is no objection, the proposal is adopted.

Decision: The proposal was adopted.  
Decisión: Se aprueba la proposición.

- ITEM 5: ADOPTION OF THE AGENDA  
TEMA 5: ADOPCION DEL PROGRAMA

The SECRETARY: This agenda may be found under Tab. No. 1 (Document CSP20/1, Rev. 3), which is on the desk of each Delegate. It is the most recent version and is dated 5 September. It contains 40 items and I will not read them unless the Conference wishes me to do so.

The PRESIDENT: Are there any comments? If we have no comments, then the agenda is adopted, and we shall go on to Item 6, Establishment of the Main Committees. Uruguay has the floor.

El Dr. GONZALEZ (Uruguay): Señor Presidente, mi Delegación estima que es necesario tratar previamente lo relativo al programa de temas de la Conferencia.

The SECRETARY: It is my interpretation, Mr. President, that after I introduced this item and called the attention of the Conference to the relevant document you offered all the Delegations the opportunity to make comments, additions, or deletions to the agenda. Hearing no objection, when you asked the approval of the Conference, you indicated that the agenda was adopted. In that context, it may be worth pointing out, Mr. President, that Rule 44 on page 59 of the Rules of Procedure of the Conference reads as follows: "When a proposal has been adopted or rejected, it may not be reconsidered at the same meeting unless the Conference, by a vote of two thirds of the Delegations present and voting, so decides. Permission to speak on a motion to reconsider shall be accorded only to two speakers opposing the motion, after which it shall be immediately put to the vote".

El Dr. GONZALEZ (Uruguay): Con mucha sorpresa la Delegación del Uruguay ha escuchado las manifestaciones del Secretario de la Reunión. Creo que mis colegas y compañeros de Delegaciones están en la misma posición que yo, pues específicamente no se planteó la consideración del programa de temas, y no se

puede tratar un punto tan importante en forma implícita. Sugiero que los delegados emitan una opinión sobre este asunto, aunque creo que hay consenso en el sentido de que el Tema 5 no ha sido sometido a consideración.

El Dr. PADILLA (Venezuela): Considero que lo planteado por el Delegado del Uruguay es procedente, puesto que en ningún momento se ha sometido a consideración en esta sesión plenaria el Tema 5, de manera que no puede darse como implícita su aprobación. Creo que es muy procedente la reclamación.

El Dr. GONZALÉZ (Uruguay): Siento tener que tomar de nuevo la palabra, pero hay un principio que es fundamental en los debates que tienen lugar en todos los organismos internacionales: cuando hay alguna delegación que objeta la posibilidad de un consenso, es evidente que el punto debe ser objeto de una consideración detenida y específica. Lamento que el Secretario se coloque en esta posición, con la que se restringe la posibilidad de expresión de las distintas delegaciones. En realidad lo que pretendemos es analizar el temario, y en una reunión de un organismo de esta naturaleza, a donde todos venimos con ánimo constructivo para tratar de preservar la salud de la comunidad internacional y de nuestro Hemisferio en particular este tipo de actitud es verdaderamente sorprendente.

The PRESIDENT: I will submit this motion to the Conference and if we have a two-third majority, we will reopen the question. Those who favor opening the question may raise their hands. If we do not have a two-third majority then we shall consider the agenda adopted.

El Dr. IRAN CAMPO (Argentina): Entiendo que la presentación de la Delegación del Uruguay plantea el hecho de que no ha sido tratado el tema, y lo señalado por el Presidente de llevar a votación el asunto surge de la afirmación de que sí ha sido tratado el tema. Veo difícil llevar a votación el asunto pues no tenemos claridad sobre que es lo que ha sucedido anteriormente.

El Dr. CRUZ (Chile): Creo que estamos ante un problema que artificialmente se ha hecho grande, ya que el Presidente dijo claramente, en un momento dado que, si no había observaciones el programa quedaba aprobado, de tal manera que yo creo que tiene toda la razón. Se trata de un problema de acústica, pues a veces no se puede oír bien con el ruido, y lo que ha sucedido, al parecer es que la Delegación del Uruguay no escuchó sus palabras. De tal manera que esta situación, que es accidental, no debería hacernos tomar ninguna clase de determinaciones que van a producir una situación lamentable. Considero que podría repetirse lo que el Presidente planteó con anterioridad, de manera que si alguien tiene alguna observación la presente.

The PRESIDENT: Is there any objection to reconsidering Item 5: Adoption of the Agenda?

El Dr. GONZALEZ (Uruguay): Me voy a referir a dos aspectos del temario: en primer lugar, el relativo a los Temas 11 y 13. Consideramos que es conveniente una alteración en el orden del programa, ya que el Informe Financiero tiene que tratarse antes, por razones obvias, que el tema de la elección del Director de la OSP.

La segunda cuestión tiene relación con una propuesta de inclusión de un nuevo punto en el programa. En la mañana de hoy el Director de la Oficina, en palabras que estuvieron constreñidas por la solemnidad y el protocolo que implica un discurso inaugural, hizo referencia a denuncias y afirmaciones falsas que se habían hecho sobre su persona y que eran del conocimiento de todas las delegaciones. Mi delegación ha recibido, en un sobre de la Organización, una serie de documentos, con elementos de juicio de variada credibilidad, pero entiende que es un derecho del Director, a la vez que un deber de todos los miembros de las delegaciones aquí presentes, otorgarle al aludido, que estuvo limitado en la mañana de hoy por el tiempo y por las características de un discurso inaugural el derecho a establecer claramente la falsedad que él alegó existía en esas afirmaciones. Propongo concretamente que se incluya en el programa un tema específico para tratar de las presuntas irregularidades administrativas del señor Director, a los efectos de que él mismo tenga la oportunidad procesal, dentro del marco del derecho de la defensa, que nadie puede negarle, de establecer la falsedad de esas afirmaciones. Mi Gobierno encontraría así un ámbito más propicio para tomar una decisión sobre aspectos fundamentales de este temario, así como el camino para clarificar algunos puntos. No es porque se trate de una denuncia anónima, en cuyo caso la hubiéramos rechazado categóricamente, como también la hubiera rechazado, excluyéndola de su versión, el Director, sino de que aquí existe lo que se llama en términos jurídicos el fumus bonus juris. Existe una fotocopia de un documento en el que aparece la firma del Director y que evidentemente tiene que ser destruido para tranquilidad nuestra. Obsérvese que si este documento es válido, en mi opinión y en la opinión de la Delegación del Uruguay, se habría afectado lo dispuesto en el Artículo 22 de la Constitución de la OPS, el cual es de importancia fundamental para la independencia de la Organización y la de sus funcionarios. Dicho Artículo establece que el Director no solicitará ni recibirá instrucciones de ningún Gobierno ni de ninguna autoridad ajena a la Organización. Se trata de una norma que constituye una garantía, porque asegura que la Organización y sus funcionarios van a actuar con independencia, y no atendiendo a los intereses de un Estado determinado, sino los de toda la comunidad que está representada en ella. El Prof. Philippe Cahier, eminente catedrático francés, profesor titular del Instituto de Estudios Superiores sobre Derecho de la Universidad de Ginebra, en su libro sobre los acuerdos concluidos entre las organizaciones internacionales y los Estados Miembros, considera que esta norma resulta básica como garantía para los organismos internacionales.

En consecuencia, entiendo que para la claridad de la situación planteada, para la defensa de los legítimos derechos que hoy en la mañana, en forma dramática, fueran expuestos por el señor Director, debe incorporarse al programa un tema para que él tenga el derecho de rechazar las afirmaciones incluidas en estos documentos que obran en poder de todas las delegaciones.

El Dr. RECINOS (Guatemala): Hace unos momentos oí con profundo dolor la referencia a un documento que no interesa a la Delegación de mi país. Deseo dejar sentado que no soy defensor de nadie, ni me interesa serlo, pero no quiero que se destruya esta Reunión por un simple resentimiento. No me interesa el documento, si cada país lo recibió debe juzgarlo a su manera.

Mi país es independiente, libre y soberano, y sabrá juzgarlo en otro sentido. Por tanto, ruego a todos los delegados que para no destruir lo hermoso de esta Reunión dejen que cada quien juzgue en su país lo que crea conveniente sobre un documento que no tiene aval. Para mi país un documento sin firma no tiene importancia. No creo que valga la pena discutir el asunto.

El Dr. ACUÑA (Director): El Delegado del Uruguay ha propuesto dos cosas concretas: la primera se refiere a una de las funciones de la Comisión General, o sea, determinar el orden en el cual deben ser tratados los temas del programa. La Comisión General, de acuerdo con el Reglamento debe proponer a la Conferencia el orden en que deben considerarse los temas, y por lo tanto debe escucharse su opinión sobre este asunto.

Respecto al segundo punto, la inclusión de un nuevo tema en el programa, está a la consideración de los señores delegados. Cumpliendo con lo dispuesto en el Reglamento, el programa provisional se envió a los Gobiernos Miembros con tres meses de antelación, con el propósito de que sometieran las modificaciones que estimaran pertinentes. De acuerdo con el Reglamento, cualquier Gobierno aquí representado puede proponer la inclusión de temas adicionales al programa, por lo que la Conferencia ha de considerar la posibilidad de incluir un nuevo tema en el programa.

El Dr. GONZALEZ (Uruguay): Reconociendo la legitimidad de lo manifestado por el Director, mi Delegación retira la primera de sus dos mociones, para plantear posteriormente, en el momento oportuno, la relativa al orden de los temas del programa.

En cuanto al segundo punto, ratificamos nuestra propuesta, pues hay circunstancias que no pudieron ser tomadas en cuenta por los Gobiernos cuando se les hizo llegar el programa provisional de temas. Por ejemplo, el propio Director se ha sentido aludido y ha hecho referencia a este punto en su discurso en la sesión inaugural. Por ese motivo, ratifico entonces la segunda moción que he presentado.

The PRESIDENT: If the distinguished Delegate from Uruguay would write down the exact item he would like to include in the agenda, I will submit it to a vote of the Conference.

The SECRETARY: Mr. President, the item has been submitted by the Delegation of Uruguay and reads in Spanish as follows: "Presuntas irregularidades administrativas imputadas al Señor Director". In English it reads: "Presumed Administrative Irregularities Imputed to the Director."

Mr. President, you have asked me to call the attention of the Conference to Rule 11 of the Rules of Procedure of the Conference. This Rule reads: "Whenever possible, a proposal for the inclusion of an item in the provisional agenda or agenda should be accompanied by a working document to serve as a basis for discussion." You may wish to enquire of the Delegation of Uruguay whether it has such a document to provide the basis for discussion by the Conference.

El Dr. GONZALEZ (Uruguay): El artículo leído por el Dr. Williams es bien claro. No es un requisito indispensable contar con un documento de trabajo que sirva de base para la discusión. Evidentemente todas las delegaciones conocen el documento que el propio Director mencionó en la mañana de hoy. Nosotros podríamos entregar este documento pero no se trata de eso. Se trata simplemente de otorgarle a esta plenaria, y en particular al Director, la posibilidad de poder referirse a algo que obra en poder de todos nosotros. Mi Delegación recibió este "dossier" en un sobre con el membrete de la Organización y suponemos que también lo han recibido las demás delegaciones; en consecuencia no parece ser imperiosa en este momento la presentación de un documento de trabajo.

El Dr. ACUÑA (Director): Quiero afirmar categóricamente que la Oficina Sanitaria Panamericana en ningún momento ha enviado oficialmente el documento a que se hace mención y que no conocemos ningún otro documento, que no tenga mi firma, que haya sido enviado a los Gobiernos Miembros.

El Dr. GONZALEZ (Uruguay): A los efectos ilustrativos de la Mesa, yo tendría mucho gusto en entregarle, a título de préstamo este sobre, con el material que incluye, que fue dirigido al Señor Ministro de Salud Pública del Uruguay y que luce en su esquina izquierda el membrete de la Organización Panamericana de la Salud y que hacia abajo dice "Official Business" y luego las letras SC-28.

El Lic. ROUX-LOPEZ (México): Me sorprende que este documento al cual ha hecho referencia el Delegado del Uruguay no aparezca entre los documentos que tiene la Delegación de México. Estamos enterados de que hay otras delegaciones que tampoco lo tienen, Señor Presidente. En opinión de la Delegación de México un documento como este no debe ser discutido en una reunión de este tipo, en primer término por no tener la objetividad del mismo. Señor Presidente, la Delegación de México pide que el documento no sea considerado en esta sesión.

El Dr. MICHELSEN (Colombia): El Delegado de México ha expresado que este documento que ha presentado la Delegación del Uruguay no debe ser considerado en esta reunión. Yo estoy de acuerdo con este planteamiento, puesto que el Director ha expresado que no es un documento oficial de la Organización ni llegó por conducto regular a los Gobiernos. Apoyo lo propuesto por el Delegado de México en el sentido de que no se considere el documento que hace mención el Delegado del Uruguay.

The PRESIDENT: I wish to point out to the Conference that since there is no document, there is no business for discussion. Nevertheless, it is left to the Conference to decide whether the item should be put on the agenda.

El Dr. GONZALEZ (Uruguay): Presenté una moción de orden a título aclarativo. La Delegación del Uruguay no ha propuesto que ese documento sea considerado de ningún modo. Si ustedes examinan mi manifestación podrán perfectamente clarificar que esta Delegación no propuso que ese documento sea objeto de debate. Esta Delegación simplemente propuso que las alegadas denuncias

maliciosas y falsas a las que hizo referencia el señor Director en la mañana de hoy fueran objeto de un debate específico en el que el señor Director tuviese el derecho a formular su defensa para destruir lo que él considera que tiene la calidad de infundio. El hizo en la mañana de hoy también referencia a la existencia de un documento que todos teníamos y yo acabo de ratificarlo, la Delegación del Uruguay lo tiene. Ahora, de ningún modo esta Delegación ha propuesto que ese documento sea objeto de debate. En ese sentido apoyamos categóricamente las manifestaciones del Delegado de México y el Delegado de Colombia.

El Dr. PADILLA (Venezuela): Solamente para manifestar que la Delegación de Venezuela acepta la aclaratoria de la Delegación de México en el sentido de que este documento no puede ser tomado como base para la discusión del tema que ha insinuado el Delegado del Uruguay. Ahora bien, de acuerdo con la interpretación del artículo señalado por el Dr. Williams, no es un prerequisite el que exista un documento para incluir un tema en esta Conferencia. De manera que interpreto que el Delegado del Uruguay puede pedir que se incluya un tema como el que ha especificado en su proposición y la Delegación de Venezuela, acogiendo lo manifestado por el Dr. Acuña en la mañana de hoy en ocasión de su discurso inaugural, piensa que es una oportunidad que se le brinda al Dr. Acuña para defenderse de los supuestos ataques, de los supuestos documentos falsos, a que él ha hecho referencia. De manera que es un asunto completamente diferente; la propuesta del Uruguay está encaminada a que se incluya el tema y esta Asamblea sobre lo que tiene que manifestarse es sobre eso. Si se incluye o no el tema, haciendo abstracción de documentos.

The SECRETARY: The item submitted by the Delegation of Uruguay reads as follows: "Presuntas irregularidades administrativas imputadas al Señor Director". In English, it reads: "Administrative Irregularities Imputed to the Director." I assume that this is what the Delegate of France wished to hear.

El Lic. ROUX-LOPEZ (México): Antes de proceder a la votación que se exige en el caso en que un nuevo tema se incluya en el programa, mi Delegación quiere hacer un llamado a los distinguidos delegados aquí reunidos para que juzguen con equidad la inclusión de este tema que ha tenido en su presentación dos aspectos. El Delegado del Uruguay, al pedir la inclusión del tema, hizo referencia a las palabras que el Director dijo esta mañana en su discurso y para apoyar eso sacó un documento que no tiene ninguna validez. Sorprende a la Delegación de México que una delegación de un país que siempre se ha distinguido por una trayectoria limpia se valga para apoyar una propuesta de documentos que no tienen ninguna oficialidad en esta Reunión. Por lo tanto, la Delegación de México pide que la votación a la que se va a proceder tenga lugar conforme al Artículo 47 del Reglamento Interno de la Conferencia, y que sea nominal. De acuerdo con el Artículo 10, "Podrán agregarse temas complementarios al programa después de aprobado, si se acuerda por el voto de dos terceras partes de las delegaciones presentes y votantes". Insiste la Delegación de México en que esta votación sea conforme al Artículo



47 que dice: "Las votaciones de la Conferencia se efectuarán ordinariamente a mano alzada, salvo cuando algún delegado pida votación nominal, en cuyo caso se procederá a votar siguiendo el orden alfabético de las delegaciones, correspondiente al idioma del país en que se celebre la reunión. Se decidirá por sorteo qué gobierno ha de emitir el primer voto".

Dr. MOHAMMED (Trinidad and Tobago): I would like to request my ministerial colleagues to think very deeply about the precedent we should create at this Conference were we to vote on this issue. Many of us, who are politicians in our Governments, know that day after day in our own countries, Prime Ministers, Presidents, Ministers, Secretaries of Health and Education are accused of all sorts of things by the press in writing, by slander-mongers and by propaganda campaigns, and these accusations fly high and wide in the local political arena. Now, I am not discussing the merits or the demerits of what the distinguished Representative of Uruguay said, or the suggestion which our neighboring and distinguished friend from Venezuela made. All I want to put forward to this Conference is this: if, as I stated in my address this morning, there is a problem, we must not bury our heads in the sand and say that there is not a problem. I said this morning that we are on the verge of a scandal. Newspapers in various countries have reported, on the basis of allegations which have been made by persons unknown until the last few days--now, some names have been mentioned--and I am of the view that the problem has to be discussed because too many persons are involved in what is going on. But, I do not believe that we should, in an open plenary, on the basis of rumors and documents circulated unofficially, take cognizance of those documents--in an assembly as important as this one is. I would like to propose, Mr. President, for the good sense of my ministerial colleagues, with great respect and humility, that we do not consider putting this item on the agenda in the manner suggested. I want to propose that the matter should be dealt with in camera by the Ministers concerned and that none of the interested parties otherwise should be in this room when we discuss this matter. I think there is a problem. I think there is need to air the problem so as to settle it once and for all, for today it is the existing Director, tomorrow it will be somebody else, and the following day it will be somebody else. I want to propose, with great respect and caution, that we do not proceed along the lines suggested and commit Ministers to vote for inclusion of an item in the agenda based upon unofficial and unauthorized statements and rumors, no matter how true they might be. Therefore, the best way to handle this would be for the Conference, at the appropriate time, to adjourn and for the Ministers and Heads of Delegation to sit around this table and discuss the problem as freely as they want, ask for explanations as freely as they want, and provide an opportunity to clear the air. I, therefore, will not support the proposal to put this matter to a vote for inclusion in the agenda, for we will be "washing dirty linen in public" without any procedural authority for so doing.

The PRESIDENT: I recognize the distinguished Delegate of Uruguay on a point of order.

El Dr. GONZALEZ (Uruguay): Esta Delegación considera sumamente sensatas las manifestaciones del Delegado de Trinidad y Tabago. Ha hablado por él la sabiduría, la prudencia, el sentido crítico. No podemos de ningún modo, frente a estas palabras que nos han llegado en lo más profundo, insistir en la propuesta que hemos presentado y en consecuencia, nos adherimos terminantemente y en forma categórica al planteo y a la sugerencia formulada por el Delegado de Trinidad y Tabago, retirando la propuesta que había presentado.

The PRESIDENT: I understand that the distinguished Delegate of Uruguay has withdrawn the item he wanted to include. Consequently, I now put the agenda to the Conference for approval. If there are no objections, it is adopted.

Decision: The provisional agenda appearing in Document CSP20/1, Rev. 3, was adopted.

Decisión: Se aprueba el programa provisional de temas que figura en el Documento CSP20/1, Rev. 3.

The session was suspended at 3:30 p.m. and resumed at 3:45 p.m.  
Se suspende la sesión a las 3:30 p.m. y se reanuda a las 3:45 p.m.

ITEM 6: ESTABLISHMENT OF THE MAIN COMMITTEES  
TEMA 6: CONSTITUCION DE LAS COMISIONES PRINCIPALES

The SECRETARY: The basis for this item is found in Rule 29 of the Rules of Procedure of the Conference, which reads as follows: "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 at the Conference. Alternates and advisers may serve on such committees and working parties as may be established."

Mr. President, it has been the custom for many years for the Conference to establish two main committees, which are generally known as Committee I and Committee II. The facilities which your Government has made available to us for this purpose include space for these two main committees. It will be appropriate to proceed with the election of the Chairmen of the two main committees. The Vice-Chairmen and the Rapporteurs of these two main committees will be elected by the Committees themselves when they begin to work. The Chairmen of these two Committees will serve as members of the General Committee.

The PRESIDENT: I welcome nominations for Chairman of Committee I.

El Dr. CALLES (México): Yo quisiera proponer al Dr. Aldereguía, Delegado de Cuba, como Presidente de la Comisión I.

The PRESIDENT: Are there any other nominations? If there are no other nominations then Dr. Aldereguía is elected Chairman of Committee I.

Decision: Dr. Jorge Aldereguía, Delegate of Cuba, was elected Chairman of Committee I.

Decisión: El Dr. Jorge Aldereguía, Delegado de Cuba, es elegido Presidente de la Comisión I.

The PRESIDENT: I now ask for nominations for Committee II.

El Dr. COUSIN (Honduras): Quiero proponer al Dr. Roquelino Recinos, Ministro de Salud Pública de Guatemala, para Presidente de la Comisión II.

The PRESIDENT: Dr. Recinos has been nominated. If we have no other nominations, then Dr. Recinos is elected.

Decision: Dr. Roquelino Recinos, Delegate of Guatemala, was elected Chairman of Committee II.

Decisión: El Dr. Roquelino Recinos, Delegado de Guatemala, es elegido Presidente de la Comisión II.

ITEM 7: ESTABLISHMENT OF THE GENERAL COMMITTEE  
TEMA 7: CONSTITUCION DE LA COMISION GENERAL

The PRESIDENT: We have to elect one more member to serve on the General Committee and I now ask for nominations from the floor.

El Dr. BERMEO VALLEJO (Ecuador): Quisiera postular al Dr. Padilla, Delegado de Venezuela, para que integre la Comisión General.

The PRESIDENT: Is there any objection? No objection. Approved.

Decision: Dr. José Manuel Padilla, Delegate of Venezuela, was elected to the General Committee.

Decisión: El Dr. José Manuel Padilla, Delegado de Venezuela, es elegido miembro de la Comisión General.

The session was suspended at 3:45 p.m. and resumed at 4:00 p.m.  
Se suspende la sesión a las 3:45 p.m. y se reanuda a las 4:00 p.m.

The PRESIDENT: The Working Party to study the application of Article 6.B of the PAHO Constitution has not reported. Therefore I propose to adjourn this meeting until 9 a.m. tomorrow morning, but I would like the Heads of Delegation to remain so that we can have a private meeting. I would also like to announce that the General Committee will meet at 5:30 in Room E.

The SECRETARY: I would like to announce that the second meeting of the Committee on Credentials will be held tomorrow morning during the coffee break.

The PRESIDENT: Since there is no further business, this meeting is now adjourned.

The session rose at 4:20 p.m. 1  
Se levanta la sesión a las 4:20 p.m. 1

---

<sup>1</sup> At the end of the third plenary session, a private meeting of heads of delegation was convened, as recommended by the Honourable Mr. Mohammed of Trinidad and Tobago, to study the proposed agenda item: "Presumed Administrative Irregularities Imputed to the Director." That meeting ended with an expression of full confidence in the Director.

---

Note: The above statement has been included as per the decision taken by the General Committee at its third session, held on 28 September 1978, at 12:40 p.m.



# XX PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE

## XXX REGIONAL COMMITTEE MEETING

ST. GEORGE'S, GRENADA  
SEPTEMBER - OCTOBER 1978

Tuesday, 26 September 1978, at 9:00 a.m.  
Martes, 26 de septiembre de 1978, a las 9:00 a.m.

CSP20/MP/4  
26 September 1978  
ORIGINAL: ENGLISH-FRENCH-  
SPANISH

PROVISIONAL VERBATIM RECORD OF THE FOURTH PLENARY SESSION  
ACTA PROVISIONAL TAQUIGRAFICA DE LA CUARTA SESION PLENARIA

President: Mr. H. J. Preudhomme Grenada  
Presidente:

### Contents Indice

First Report of the General Committee  
Primer Informe de la Comisión General

Item 8: Report on the Collection of Quota Contributions  
Tema 8: Informe sobre la recaudación de las cuotas

Item 9: Annual Report of the Chairman of the Executive Committee  
Tema 9: Informe anual del Presidente del Comité Ejecutivo

(continued overleaf)  
(continúa al dorso)

Note: This verbatim record is provisional. Delegates are therefore requested to notify Document Services (Room A-I) of any changes they wish to have made in the text. The texts of the verbatim records will be published in the Proceedings of the Meeting.

Nota: Esta acta taquigráfica es provisional. Se ruega a los señores Delegados tengan a bien comunicar al Servicio de Documentos (Hab. A-I) las modificaciones que deseen ver introducidas en el texto. Los textos de las actas taquigráficas se publicarán en las Actas de la Reunión.

Contents (cont.)Indice (cont.)

Second Report of the Committee on Credentials  
Segundo informe de la Comisión de Credenciales

Item 10: Quadrennial Report, 1974-1977, and Annual Report, 1977,  
of the Director of the Pan American Sanitary Bureau

Tema 10: Informe Cuadrienal, 1974-1977, e Informe Anual, 1977,  
del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana

Item 12: Reports of the Member Governments of the Organization  
on Public Health Conditions and Progress Achieved  
During the Period between the XIX and XX Pan American  
Sanitary Conferences

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  
XIX y la XX Conferencia Sanitaria Panamericana

The PRESIDENT: I now call the fourth plenary session to order. First of all, I would like to extend a hearty welcome to the Delegations from the Dominican Republic, Haiti, and Paraguay, who were not with us yesterday. I trust you will enjoy your stay with us here in Grenada, that you will take back happy memories, and that you will find this Conference very rewarding, both for yourselves and for your people.

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

The SECRETARY: In reading the first report of the General Committee, if the Conference and the President will permit me, I would like to hesitate at two or three points to explain one or two of the aspects of the report, which reads as follows:

The General Committee held its first session at 5:30 p.m. on 25 September 1978 in Room E, and was constituted by the President, the two Vice-Presidents, the Rapporteur, the Chairmen of Committee I and Committee II, and the Delegate of Venezuela.

The Committee reached the following agreements: (1) to establish the hours of work of the session as being from 9 a.m. to 12:30 p.m. and from 2:30 p.m. to 5:30 p.m.; (2) to hold the Technical Discussions on "The Impact of Drugs on Health Costs: National and International Problems" (Agenda Item 24) on Friday, 29 September, at 9:00 a.m. The Technical Discussions will continue through Friday or, if the group so decides, through Saturday morning; (3) to set aside Wednesday, 27 September, at 9:00 a.m., for the consideration of Item 26 of the agenda: Election of Three Member Governments to the Executive Committee on the Termination of the Periods of Office of the Bahamas, Colombia, and Costa Rica; (4) to consider Item 11 of the agenda: Election of the Director of the Pan American Sanitary Bureau and Nomination of the Regional Director of the World Health Organization for the Americas, immediately after the conclusion of Item 26, i.e., also in the morning of Wednesday, 27 September; (5) to hold a ceremony on Thursday, 26 September, at the end of the afternoon session, at approximately 5:30 p.m., for the granting of the Abraham Horwitz Award to Dr. Ruth Rice Puffer, at the request of the Pan American Health and Education Foundation (PAHEF). It is worth pointing out to the Delegates that this item is not a formal nor an integral part of the agenda or of the proceedings of the Pan American Sanitary Conference; it lies completely outside the Conference. However, the General Committee has agreed to approve time for it, and the President of the Conference has agreed to preside at the ceremony for the granting of the Abraham Horwitz Award to Dr. Puffer; (6) to establish the following order of discussion of the agenda items for the fourth and fifth plenary sessions, to be held on 26 September; (a) Item 8: Report on the Collection of Quota Contributions; (b) Item 9: Annual Report of the Chairman of the Executive Committee; (c) Item 10: Quadrennial Report, 1974-1977, and Annual Report, 1977, of the Director of the Pan American Sanitary Bureau; (d) Item 12: Reports of the Member Governments of the Organization on Public Health

Conditions and Progress Achieved During the Period between the XIX and XX Pan American Sanitary Conferences.

Should the above-mentioned items be concluded before the end of the afternoon session, then Item 13: Financial Report of the Director and Report of the External Auditor for 1977, and Item 14: Proposed Program and Budget of the Pan American Health Organization for 1979, will be considered; (7) to request that the Delegations, with respect to Item 12--Reports of the Member Governments of the Organization on Public Health Conditions and Progress Achieved During the Period between the XIX and XX Pan American Sanitary Conferences, limit their interventions to no more than 10 or 15 minutes. The General Committee discussed this at considerable length, and many of the Members of the Committee felt strongly that this request was necessary. There will be no actual enforcement of a limit, but all Delegations are requested to please comply with this request. Delegations are also requested to register with the Secretary in the order in which they wish to make their presentations. Mr. Carlos García has a list of 32 Delegations and will be happy to inscribe the Delegations in the order that they wish to speak. Delegations may choose one of the empty spaces on the list when they ask to be inscribed; (8) to hear a presentation by Dr. George Alleyne, Vice-Chairman of the PAHO Advisory Committee on Medical Research in the afternoon of Wednesday, 27 September; (9) to meet again today, Tuesday, 27 September at 5:30 p.m., also in Room E.

This concludes the first report of the General Committee.

Mr. President, if you permit me while I have the floor, I would like to remind the Delegates of two things. First that a meeting of the Committee on Credentials will be held this morning after the coffee break; Mr. Carlos García will take the members of the Committee to the room where the meeting will be held. Secondly, a meeting of the Working Party to Consider the Application of Article 6.B of the Constitution of PAHO will be held in Room 186; Dr. Henry Cooney will take the members of the Working Party to the proper room.

The PRESIDENT: Distinguished Delegates, you have heard the first report of the General Committee. Do you have any comments? If not, then we consider the report as adopted.

It was so agreed.

Así se acuerda.



ITEM 8: REPORT ON THE COLLECTION OF QUOTA CONTRIBUTIONS  
TEMA 8: INFORME SOBRE LA RECAUDACION DE LAS CUOTAS

Mr. MULDOON (Chief of Administration): Mr. President and Honorable Delegates to this XX Pan American Sanitary Conference, I would like to introduce Document CSP20/28, which you will find in the set of working documents on the table before you. It is entitled "Report on the Collection of Quota Contributions." The most recent data are found in Document CSP20/28, Addendum II, which has the latest information on contributions. It shows a total amount of quota contributions which are still outstanding, amounting to \$10,841,586. The current year's total contribution outstanding amounts to \$9,856,020, or 30 per cent of the assessed contributions for 1978. This compares with \$8,339,060, or 28 per cent of the assessed contributions for 1977 that were outstanding at this time last year. Every effort is being made to urge Member Governments to make payments of their assessed contribution.

Particularly gratifying is the reduction of arrears that has been accomplished during the past year. At the beginning of 1977 these arrears amounted to \$3,793,749; however, by the beginning of 1978 the arrears had been reduced to \$3,320,286. The amount of the arrears has been reduced to \$985,566, compared with \$2,750,638 at this time in 1977. As you can see, there has been a very significant reduction in the arrears.

Taken together, the payment of current quotas and arrears as of 23 September represents approximately 76 per cent of the current year's budget requirement, compared to 80 per cent at this time last year.

At the beginning of 1978 there were three Member Governments in arrears with approved payment plans. One has made partial remittance of its current installment, another has made full payment of its 1978 installment, and one has made no remittance.

El Dr. ALVAREZ (República Dominicana): Quiero informar que la República Dominicana se siente necesariamente aludida cuando hablamos de las cuotas. En estos momentos el nuevo Gobierno de la República Dominicana tiene como una preocupación fundamental el pago de las cuotas a organismos internacionales. Desde hace una semana se está tramitando el pago correspondiente a la Oficina Sanitaria Panamericana para 1978 en base a lo establecido en el plan de pago aprobado. Si no ha llegado alguna información por telex, mañana por la mañana tendremos toda la documentación aunque demuestre ya no solamente una intención sino un pago formal el cual esperamos que se siga cumpliendo regularmente.

El Dr. GODOY (Paraguay): Para referirme a la situación señalada aquí, en este documento relacionado con la deuda Paraguay, tengo que informar que la semana pasada mi país ha abonado la suma que aquí se consigna. Espero que los delegados que participan en esa Comisión tengan a bien cerciorarse de la situación por si entre los países designados ha figurado el mío. Vuelvo a repetir que la semana pasada la contribución para 1978 ha sido totalmente pagada por el Paraguay.

El Dr. BARRERO (Bolivia): Solamente para dejar constancia que con documentación suscrita por el Representante en Bolivia de la Oficina Sanitaria Panamericana acreditamos que el 22 de septiembre del año en curso hemos cancelado la totalidad de nuestra deuda. Por consiguiente, la Representación de Bolivia quiere dejar constancia de que el Gobierno tiene completamente al día sus cuotas con la Oficina Sanitaria Panamericana.

El Dr. ALDEREGUIA (Cuba): Queríamos dejar constancia de que para la fecha en que se ha elaborado este informe no aparece consignado el pago que ya realizó nuestro país. El total que aparece en el documento como deuda correspondiente al año anterior se debe al hecho de haberse elaborado y tramitado estos documentos en los primeros días de septiembre, por lo que era imposible que pudiera llegar la información a esta Conferencia que Cuba también está sin deudas con la Organización Panamericana de la Salud.

Mr. MULDOON (Chief of Administration): With regard to the comments of the Delegate of the Dominican Republic, we appreciate and will take due note of them. As the Delegate of Paraguay indicates, his Government has paid its quota, and this payment is reflected in Addendum II on page 4 of the Spanish version of the working document. With regard to the comments of the Delegates of Bolivia and Cuba, we appreciate their drawing our attention to this. I would like to meet with them at their convenience, so that we can clarify these matters.

The PRESIDENT: Are there any comments? I will ask the Rapporteur to prepare the draft resolution on this matter.

It was so agreed.

Así se acuerda.

ITEM 9: ANNUAL REPORT OF THE CHAIRMAN OF THE EXECUTIVE COMMITTEE  
TEMA 9: INFORME ANUAL DEL PRESIDENTE DEL COMITE EJECUTIVO

El Dr. CACERES (Presidente, Comité Ejecutivo): Me complace, en cumplimiento de los reglamentos, presentar el informe anual de la Presidencia del Comité Ejecutivo. Así lo expresa el Artículo 9 de la Constitución de la OPS y lo someto a consideración de esta XX Conferencia Sanitaria Panamericana para que lo juzgue. Se refiere al período de 1977 hasta la fecha en la que se realizaron las 79a y 80a Reuniones del Comité Ejecutivo.

79a Reunión del Comité Ejecutivo

La 79a Reunión del Comité Ejecutivo de la Organización Panamericana de la Salud se celebró en la Sede en Washington, D.C., el 6 de octubre de 1977, de conformidad con la convocatoria del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana. Se dio la bienvenida para formar parte del Comité a los Representantes de Brasil, Canadá y Venezuela, elegidos en la XXV Reunión del Consejo Directivo. Fueron electos por unanimidad para integrar la Mesa Directiva del Comité, el Dr. Rubén M. Cáceres (Paraguay), Presidente, el Sr. Michel Careau (Canadá), Vicepresidente y Dr. Rodrigo Salas Cornejo (Costa Rica), Relator.

El Comité tomó nota de las resoluciones de la XXV Reunión del Consejo Directivo y eligió al Brasil y a Trinidad y Tabago para integrar el Jurado del Premio OPS en Administración por haber llegado a su término el mandato de Bolivia y Jamaica en el Comité. Se convino con el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y de acuerdo con el Presidente del Comité Ejecutivo que se fijaría la fecha de la 80a Reunión del Comité.

80a Reunión del Comité Ejecutivo

Esta Reunión se celebró en Washington, D.C., en el edificio de la Sede, del 26 de junio al 6 de julio de 1978, de conformidad con la convocatoria hecha por el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana. Se celebraron 16 sesiones plenarias y una de clausura. Nueve de ellas fueron dedicadas al examen detallado del proyecto de programa y presupuesto de la Organización. Se produjeron 28 resoluciones. Informaré a la Conferencia acerca de las principales resoluciones y temas tratados, así como de aquellos respecto de los cuales deberá pronunciarse.

Recaudación de las cuotas:

Se informó al Comité que la cantidad recaudada al 19 de junio de 1978 era ligeramente inferior a la de 1977 en el mismo período (39% en comparación con 41%), y que de los tres países que habían adoptado un plan de pago diferido solo uno había abonado la cantidad adeudada en 1978 antes de reunirse el

Comité Ejecutivo. En general, la situación era bastante satisfactoria, ya que con el pago de cuotas de fin de año se había recaudado alrededor del 43% del Presupuesto de Operaciones de 1978. Por medio de la Resolución III se solicita al Director que informe a los Gobiernos de cualquier saldo adeudado y que presente a la XX Conferencia un informe sobre el estado de recaudación de las cuotas.

Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondiente al ejercicio económico de 1977:

Durante el examen de este tema se prestó especial atención a las observaciones formuladas por el Auditor Externo, en página 65 del Documento Oficial 153, en el punto 3, en el que se considera de importancia que se adopten las medidas necesarias para fortalecer los controles de la nómina de personal y de las actividades de la Oficina de Campo (punto 4). En algunas observaciones generales sobre este particular la administración informó que se procuraba mejorar el sistema de la nómina. Explicó que no había errores de magnitud, ni pérdidas conocidas, que los costos habían diferido de las cantidades presupuestadas, pero no del Reglamento Financiero. El Director de la OSP señaló que el nuevo sistema de programación y evaluación de la cooperación técnica de la OPS resolverá las cuestiones planteadas por el Auditor. El Comité Ejecutivo resolvió solicitar al Director que informe a la Conferencia Sanitaria Panamericana sobre las medidas adoptadas en relación con los aspectos señalados por el Auditor Externo, lo felicitó por la sólida situación financiera y agradeció al Auditor Externo por el informe.

Proyecto de Programa y Presupuesto de la OPS para 1979:

El Director de la OSP al presentar el Proyecto de Programa y Presupuesto (Documento Oficial 154), señaló los aspectos prioritarios del programa de la Organización hacia los cuales se canalizarán los esfuerzos en 1979. En los años venideros seguirán siendo motivo de preocupación para los Gobiernos y para la OPS las siguientes prioridades: extensión de los servicios de salud a toda la población; fortalecimiento de los programas de control y erradicación de enfermedades; salud materno-infantil y nutrición; desarrollo de recursos humanos, y mejoramiento de las condiciones ambientales.

Dos iniciativas, actualmente en juego, contribuirán a lograr los propósitos de los Gobiernos y de la Organización: la aceleración del proceso de programación y evaluación de la OPS, que en 1979 entrará en su tercer año de operación, y la cooperación técnica entre países en desarrollo, que en diversas modalidades se ha venido brindando en América Latina y en el Caribe, pero que debe racionalizarse y sistematizarse a la vez que se generaliza e intensifica su práctica. Es urgente y preciso que los países compartan en forma programada sus conocimientos y experiencias, así como sus recursos humanos y las facilidades para la capacitación del personal. Como corolario de estas iniciativas, la Secretaría continúa empeñada en mejorar y modernizar los procedimientos seguidos en la Organización. A título de ejemplo, mencionó el papel que la Organización desempeña en la obtención y utilización de recursos adicionales procedentes de organismos internacionales de préstamo para

contribuir a la ejecución de programas nacionales, especialmente los de extensión de la cobertura de servicios de salud, el Fondo Rotatorio para la Obtención de Vacunas, que facilita la realización de los programas de control de enfermedades transmisibles a nivel de países y el Programa de Libros de Texto, cuyo alcance será ampliado y con el cual la OPS complementa su Programa de Cooperación Técnica. En el control de enfermedades, se destacó el Programa Ampliado de Inmunización que en 1979 se extenderá a seis enfermedades; se concederá especial atención a las diarreas; se aplicarán nuevas estrategias en el programa de la malaria; se proseguirán las actividades de cooperación técnica en el campo de la salud maternoinfantil y de nutrición. La Organización continuará dando la atención necesaria a la extensión del sistema de agua y servicios básicos de saneamiento, en especial para las áreas rurales y las áreas periféricas en las grandes ciudades.

En general, se enfatizaron las acciones del Centro Panamericano de Ecología Humana, a la prioridad que representan los programas de extensión de la cobertura de servicios de salud con la estrategia de la atención primaria y participación de la comunidad, al apoyo a las oficinas de recursos humanos en los ministerios de salud, a la promoción de una mayor coordinación entre instituciones formadoras de recursos humanos y los servicios de salud con el apoyo de los Núcleos de Investigación y Desarrollo en la Educación y Salud (NIDES), etc.

Al referirse al Presupuesto, el Director manifestó que el correspondiente a 1979 se eleva a \$72,994,570, incluyendo los fondos extrapresupuestarios, lo que significa una reducción del 4% en relación con el presupuesto de 1978. Como ha sucedido en años anteriores, esta disminución es aparente, y se debe a que en la fecha de elaboración del Proyecto de Programa y Presupuesto para 1979 (marzo de 1978) no se incluyeron los fondos extrapresupuestarios bajo negociación, y que se espera obtener durante el período del ejercicio presupuestario, lo cual incrementará esta partida y en consecuencia el presupuesto global. Estos fondos, en realidad, aumentaron de \$50,300,000 en el cuatrienio 1970-1973, a \$102 millones, y en el período 1974-1977, lo que significa un incremento absoluto de \$51.7 millones. Esta situación favorable ha sido el resultado de una acción combinada de los Gobiernos Miembros y de la Organización, lo cual continuará con mayor efectividad en el futuro.

El Comité Ejecutivo solicitó al Director que someta a la Conferencia un informe adicional que incluya las aportaciones extrapresupuestarias a la fecha de la Conferencia. En el presupuesto de fondos ordinarios de la OPS que se ha tratado de estabilizar, se registra un aumento del 8% para 1979, similar al aprobado para 1978, que se estima será suficiente para proporcionar a los Gobiernos la cooperación técnica necesaria para llevar a cabo sus programas, así como los programas regionales. La Administración explicó la estructura del Documento Oficial 154 e hizo referencia a fondos provenientes de diversas partidas, así como a inversiones, distribución de personal, becas, etc.

En el debate subsiguiente, los Miembros del Comité formularon observaciones y sugerencias, expresaron sus inquietudes y solicitaron aclaración sobre: el programa de control de fiebre aftosa y su transferencia a organismos adecuados; los gastos incluidos en el rubro de Dirección Técnica y Administrativa; la autoridad que el Reglamento Financiero concede para transferir fondos entre varios títulos del presupuesto así como las repercusiones que tendrá esta práctica en el nuevo ciclo bienal; diferencias en las partidas asignadas a un mismo programa en varios años; el monto del presupuesto para las oficinas y programas entre países; las inversiones en los centros multinacionales; las diferencias de los fondos extrapresupuestarios previstos y obtenidos, y los criterios para la aplicación de los mismos. También se hicieron preguntas relacionadas con las funciones, objetivos y actividades de algunos proyectos regionales en relación con el programa general de cooperación técnica y sus prioridades, del envío a los Gobiernos de los proyectos de programa y presupuesto con más anticipación para que estos puedan realizar un examen conjunto con la Organización y con mayor participación de representantes de la OPS en los países y los consultores; sobre la autorización al Director a transferir el 10% entre títulos del presupuesto con relación al ciclo bienal de presupuesto; costos varios de las oficinas, de áreas, de los países y de la Sede, costos de la administración de los Centros Panamericanos y de otras instituciones análogas.

La Secretaría respondió a estas preguntas, facilitó información y manifestó que tomaría en cuenta las sugerencias y observaciones formuladas por los miembros del Comité Ejecutivo.

Seguidamente los jefes de las divisiones técnicas (Control de Enfermedades, Salud Ambiental, Salud de la Familia, Servicios de Salud, Recursos Humanos e Investigación y Servicio de Apoyo) expresaron los objetivos, programas, proyectos y actividades en curso y futuras, así como el presupuesto asignado. Los representantes de los miembros del Comité intercambiaron información sobre estos proyectos y programas de interés, subrayaron diversos aspectos del programa de la Organización y ofrecieron sugerencias.

Se expresó también el deseo de incrementar en el futuro los fondos asignados a programas tan importantes como los de control de vectores, especialmente del Aedes aegypti, enfermedad de Chagas, enfermedades venéreas, malaria y lepra que plantean problema en varios países de las Américas, y la importancia de las enfermedades cardiovasculares respecto a las cuales el Comité recomendó al Director que refuerce los programas conducentes a la detención temprana de la hipertensión arterial en las comunidades y a su adecuado control, y que estimule a los Gobiernos Miembros a que adopten medidas en tal sentido. Asimismo, la posibilidad de disminuir el número de proyectos y concentrar los recursos en problemas realmente básicos, seguimiento de las resoluciones de los Cuerpos Directivos y la determinación de actividades prioritarias dentro de las que ya están establecidas; disminuir el porcentaje excesivo (75%) dedicado a investigaciones en el INCAP y en vez de ello evaluar los efectos de proyectos de nutrición; disminuir asimismo el carácter vertical de algunos programas que abarcan algunos sectores aislados, como asistencia a la madre y al niño, desarrollo mental, etc., sin tener en cuenta el contexto

socioeconómico que ello conlleva, en especial en países en desarrollo; promover el empleo de colaboradores voluntarios y de personal auxiliar de salud especialmente en el embarazo y en el parto.

Los miembros del Comité elogiaron y agradecieron a la Organización por la labor desarrollada en relación con la vigilancia epidemiológica en el Caribe, el aumento del presupuesto destinado a la formación de los recursos humanos, a la promoción de la formación de estos recursos en los ministerios de salud, por las actividades de saneamiento y otras que también se están desarrollando en el Caribe.

Se consideró importante y urgente que los países en forma programada compartan sus conocimientos y experiencias, sus recursos humanos y las facilidades para la capacitación del personal.

Gastos de administración de los fondos de subvenciones:

El Comité examinó detenidamente los problemas de los gastos de administración de fondos de subvenciones destinados a apoyar actividades del programa de la Organización, para sufragar los cuales no se prevén asignaciones en el Presupuesto Ordinario de la Organización.

Después de discutir si procedía o no determinar un porcentaje específico, el Comité reconoció más bien la necesidad de establecer un criterio, conocido por todos los Gobiernos Miembros, para determinarlo. En consecuencia resolvió pedir al Director que presente a la XX Conferencia un estudio de los gastos que pueda ocasionar a la Oficina Sanitaria Panamericana la administración de los fondos de subvención provenientes de fuentes extrapresupuestarias.

Suplemento informativo al Programa y Presupuesto:

El Comité Ejecutivo reconoció el esfuerzo que la Oficina ha desarrollado para incrementar los fondos de origen extrapresupuestario en cumplimiento con los mandatos de los Cuerpos Directivos. Como estos fondos constituyen una proporción considerable del presupuesto global, el Comité Ejecutivo solicitó al Director que prepare un suplemento al Proyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud, que actualice la fecha de la Conferencia, los proyectos que no pudieron ser incluidos en el momento en que se preparó el Documento Oficial 154.

El Comité Ejecutivo recomendó y recomienda a la Conferencia Sanitaria Panamericana la aprobación del Programa y Presupuesto de la OPS correspondiente a 1979, así como las proyecciones para 1980 y 1981, las cuales serán objeto de detenido estudio por el Comité Ejecutivo en su reunión de 1979. Recomendó asimismo a la Conferencia la aprobación de los proyectos de resolución sobre asignaciones y cuotas.

Propuesta de un ciclo de programa y presupuesto bienal para la Organización Panamericana de la Salud:

El Comité examinó el informe del Director sobre la propuesta de un ciclo de programa y presupuesto bienal para la Organización Panamericana de la Salud y decidió recomendar a la Conferencia que adopte un presupuesto bienal a partir del bienio 1980-1981.

Fondo de Trabajo:

El Comité reconoció la necesidad de mantener el Fondo de Trabajo a un nivel suficiente para permitir a la Oficina Sanitaria Panamericana llevar a cabo sus actividades hasta que se reciban las cuotas anuales de los Gobiernos Miembros en el año de que se trate y tomó nota de la situación del Fondo de Trabajo de 1949 a 1977. La Conferencia deberá pronunciarse sobre la recomendación del Comité de establecer el Fondo de Trabajo a un nivel fijo de \$11,000,000, y de autorizar al Director a utilizar la asignación aprobada en el presupuesto de 1978 y el exceso de los ingresos sobre los egresos a fin de cualquier año civil en el futuro.

Reconocimiento de la Organización al Auditor Externo y el nombramiento del nuevo Auditor Externo:

El Comité Ejecutivo, enterado de la renuncia del Sr. Lars Lindmark al cargo de Auditor Externo de la Organización Panamericana de la Salud, recomienda a la Conferencia que exprese sus reconocimientos al Sr. Lindmark por la dedicación con que desempeñó sus funciones, como asimismo por su asesoría en relación con los procedimientos financieros de la Organización. Corresponde también a la Conferencia designar al nuevo Auditor Externo y habrá una resolución sobre este asunto.

Cooperación técnica entre países en desarrollo (CTPD):

El Comité examinó el informe del Director sobre cooperación técnica entre países en desarrollo. En el curso del debate se presentaron otros ejemplos de la cooperación técnica entre países en desarrollo, dentro del contexto de los pactos subregionales tales como el Convenio Hipólito Unanue. El Comité tomó nota del informe y, entre otras medidas, recomendó a la Conferencia que reitere el apoyo de la Organización a los Países Miembros en el desarrollo de la CTPD en salud, por ser esta un importante mecanismo para fomentar e incrementar la capacidad de los países, tanto individual como colectiva, para valerse de sus propios medios.

Extensión de cobertura de servicios de salud a toda la población:

El Comité examinó el informe del Director sobre el programa de colaboración de la OPS con los Gobiernos y reconoció que la estrategia de atención primaria de la salud y de la participación de la comunidad es fundamental para extender la cobertura de los servicios de salud y que las actividades propuestas constituyen los requisitos básicos para alcanzar las metas de cobertura fijadas por los países.



Se destacó la importancia de utilizar enfoques multisectoriales; de fortalecer los procesos administrativos a fin de situar el sistema de servicios de salud en condiciones de incrementar la prestación de servicios, asegurando al mismo tiempo el acceso de la población a todos los niveles de atención; promover la participación activa de las comunidades; identificar las áreas prioritarias donde es preciso desarrollar tecnologías apropiadas, y determinar y obtener los recursos humanos y financieros que requieren el proceso de extensión de servicios.

El Comité instó a los Gobiernos a que aceleren e intensifiquen sus esfuerzos para alcanzar las metas de cobertura fijadas siguiendo las estrategias mencionadas y adaptándolas debidamente a sus peculiaridades nacionales y recomendó al Director que presente a la Conferencia un informe sobre el progreso alcanzado al respecto.

#### Control versus erradicación en los programas de paludismo:

El Comité, después de conocer las observaciones formuladas sobre el tema por los Gobiernos Miembros, así como de las estrategias de la OPS, que coinciden con las de la OMS, para combatir la enfermedad, reiteró que la erradicación de la malaria es un objetivo primordial del programa antimalárico en las Américas y reconoció que las actividades de control constituyen una etapa intermedia para alcanzarlo.

Con tal finalidad, encareció a los Gobiernos Miembros asignar elevada prioridad dentro de sus planes nacionales de desarrollo y destinar recursos apropiados para mejorar las actividades antimaláricas con el objeto de lograr la erradicación. Pidió al Director que fortalezca la cooperación técnica entre la Organización y sus Gobiernos Miembros e intensifiquen el apoyo al adiestramiento y a las actividades de investigación aplicada y que, con el apoyo del Programa Especial de Investigación y Adiestramiento en Enfermedades Tropicales de la OMS, mantenga y refuerce las actividades que se llevan a cabo en las Américas con el fin de ampliar el conocimiento epidemiológico y de seleccionar los métodos antimaláricos más eficientes. Además, recomendó al Director gestionar ante las instituciones internacionales y organismos de financiamiento la obtención de su asistencia al programa de malaria, con el fin de conseguir su erradicación en las Américas. Se informó al Comité que la Organización convocará a una Reunión de Directores de Servicios Nacionales de Malaria y a un seminario regional.

#### Observadores de organizaciones subregionales gubernamentales: Convenio Hipólito Unanue:

El Comité Ejecutivo fue informado por el Director de la solicitud presentada por el Convenio Hipólito Unanue para que se le permita designar un representante en calidad de Observador ante las reuniones de los Cuerpos Directivos de la Organización. Después de considerable debate sobre si debía adoptarse un criterio general aplicable a las solicitudes presentadas también por otros u otras organizaciones subregionales gubernamentales o si debía

tratarse solo la solicitud mencionada, el Comité convino en que la decisión sobre solicitudes de esa naturaleza corresponde a la Conferencia o al Consejo Directivo.

En consecuencia, resolvió transmitir a la Conferencia la solicitud presentada por el Convenio Hipólito Unanue, recomendando que resuelva favorablemente dicha solicitud.

#### Premio OPS en Administración:

Debo aclarar que en ausencia del Dr. Torloni, del Brasil, y de la Dra. Elizabeth Quamina, de Trinidad y Tabago, el Jurado quedó integrado por el Dr. Lawrence Charles, de Bahamas, el Dr. Alfredo N. Bica, del Brasil y el Sr. Hubert Blackett, de Trinidad y Tabago.

El Jurado así constituido decidió recomendar que el Premio para 1978 sea otorgado al Dr. Oswaldo Egas Cevallos del Ecuador por su labor en la gestión administrativa de los servicios de salud, y formuló propuestas de modificación de los procedimientos y criterios que rigen la adjudicación del Premio. El Comité tomó nota de la decisión del Jurado y de las propuestas, y resolvió transmitir el informe a la Conferencia para su aprobación.

#### Enmiendas al Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana:

El Comité examinó las enmiendas al Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana presentadas por el Director; reconoció una vez más la necesidad de lograr uniformidad en las condiciones de trabajo del personal de la OSP y de la OMS y resolvió confirmar las enmiendas al Reglamento del Personal presentadas por el Director, con efecto a partir del 1 de enero de 1978. El Comité también estudió la propuesta del Director para que un representante del Comité de la Asociación del Personal de la Sede de la OSP pudiera expresar sus puntos de vista sobre las condiciones de trabajo del personal de la Oficina Sanitaria Panamericana, a la luz de las modificaciones del Reglamento del Personal. El Comité Ejecutivo accedió a la solicitud del Comité de Personal apoyada por el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, Dr. Héctor R. Acuña. A continuación, el Presidente del Comité de Personal hizo una breve exposición agradeciendo además al Comité Ejecutivo la oportunidad de traer al seno de este Cuerpo Directivo la opinión de la Asociación sobre las enmiendas al Reglamento del Personal y consideró como histórico el hecho de la oportunidad que se le estaba brindando.

#### Otros temas:

El Comité Ejecutivo, de conformidad con el Artículo 14 de su Reglamento Interno, resolvió designar al Sr. Michel Careau (Canadá) y al Dr. Lawrence J. Charles (Bahamas) para que asistan a la XX Conferencia Sanitaria Panamericana, conjuntamente con el Presidente, como representantes del Comité Ejecutivo, y a los Dres. Hugo Corral (Ecuador) y Abel Dueñas Padrón (Colombia), como suplentes.

Fueron detalladamente expuestas por el Director las resoluciones de la 31a Asamblea Mundial de la Salud, de interés para el Comité Ejecutivo.

Asimismo, el Comité Ejecutivo tomó conocimiento de las observaciones de los Gobiernos Miembros sobre las estrategias de la OPS y de la OMS para combatir las enfermedades.

También se señaló al Director que estudie el estado de financiamiento de la enseñanza de la medicina en el Caribe, y procure por todos los medios garantizar la continuidad de la cooperación técnica de la Organización y que, al examinar el programa y presupuesto para 1980-1981, conceda elevada prioridad al incremento de fondos para la Universidad de las Indias Occidentales.

El Comité examinó el anteproyecto de Reglamento Especial para el establecimiento de relaciones oficiales con organismos no gubernamentales, tal como fuera expresado anteriormente.

Cupo también debatir la XI Reunión Interamericana, a Nivel Ministerial, sobre el Control de la Fiebre Aftosa y otras Zoonosis; examinar el informe del Director sobre "Cooperación Técnica entre Países en Desarrollo", y así también el informe sobre el programa de colaboración de la OPS con los Gobiernos y la "extensión de los servicios de salud a la población desprotegida en las áreas rurales y urbanas periféricas". El Director presentó al Comité y dio su apoyo a la solicitud presentada por el Comité de Personal, como fuera expresada, para que se hiciera presente y fuera escuchada por el Comité Ejecutivo.

Se ocupó, además, el Comité de examinar el informe sobre el progreso en el estudio de los Centros Panamericanos presentado por el Director y resolvió solicitar a la XX Conferencia Sanitaria Panamericana que analice en detalle el informe pertinente y oriente a la Organización en la formulación de pautas y directrices para los Centros Panamericanos.

Señores Representantes, estos fueron los asuntos más significativos de los que se ocupó el Comité Ejecutivo de mi presidencia hasta este período. Si alguna representación ante la XX Conferencia Sanitaria Panamericana desea información adicional o aclaraciones, me será particularmente muy grato facilitarla personalmente o por conducto de quienes me acompañan en esta ocasión durante el transcurso de la Conferencia.

The PRESIDENT: Are there any comments? If not, I would ask the Rapporteur to prepare a draft resolution thanking the Executive Committee for the report.

It was so agreed.

Así se acuerda.

The session was suspended at 10:15 a.m. and resumed at 10:45 a.m.  
Se suspende la sesión a las 10:15 a.m. y se reanuda a las 10:45 a.m.

The PRESIDENT: We will now hear the second report of the Committee on Credentials.

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

Le Dr. JEANNE BROUELLE (France): La Commission de Vérification des Pouvoirs, établie la première séance et composée du Dr. Jorge Michelsen de Colombie, du Dr. Jeanne Broyelle de France et du Dr. van Kantén du Suriname, a tenu sa seconde séance le 26 septembre 1978 à 10 heures. La Commission a examiné et trouvé en bonne et due forme les pouvoirs soumis par les délégués, les suppléants et les conseillers des pays suivants: l'Argentine, la Grenade, le Paraguay; L'organisation non gouvernementale suivante a envoyé aussi un observateur; il s'agit de l'Union Internationale des Sciences de la Nutrition. La Commission se réunira de nouveau pour examiner d'autres pouvoirs qui pourraient être reçus.

Avant de terminer, je voudrais signaler qu'il y a deux pays qui sont représentés ici et qui n'ont pas encore soumis de pouvoirs: la République Dominicaine et la République d'Haiti.

The PRESIDENT: I would suggest that the Delegates of Haiti and the Dominican Republic get in touch with their Governments immediately to have this rectified. Perhaps a cable would be sufficient to satisfy the Committee on Credentials. This is very urgent, because of the important items on the agenda tomorrow.

El Dr. ALVAREZ (República Dominicana): Tengo entendido que existe un telex en el que se designa a la comisión oficial de República Dominicana. De todas maneras, la razón por la cual nosotros solicitamos el plazo hasta mañana a las ocho de la mañana, no solamente para los documentos oficiales sino para los documentos de pago, fue que por razones ajenas a su voluntad la Viceministro llega mañana a las ocho de la mañana. Yo quisiera que por favor nos excusen pero dejar claro que existe un telex designando una comisión oficial de la cual yo formo parte.

Le Dr. VERRIER (Haiti): La Délégation d'Haiti s'excuse de ne pouvoir produire jusqu'à présent ses pleins pouvoirs, cependant elle espère recevoir incessamment un télégramme émanant du Département des Affaires Etrangères qui devait arriver depuis hier, mais cependant on avait envoyé un télégramme bien à l'avance à Washington faisant part à la PAHO de la composition de notre Délégation.

El Dr. ACUÑA (Director): Efectivamente, tenemos dos telegramas, uno sobre la República Dominicana y otro sobre Haiti. Los dos telegramas son de nuestros propios representantes, uno en Santo Domingo y el otro en Port-au-Prince, pero el Comité de Credenciales necesita un documento del Gobierno, aunque sea en forma de telex, para acreditar a las Delegaciones. Hemos presentado estos documentos a la Comisión de Credenciales. Sin embargo, la Comisión de Credenciales necesita un documento del Gobierno que especifique quiénes son los que acreditan al Gobierno mismo.

- ITEM 10: QUADRENNIAL REPORT, 1974-1977, AND ANNUAL REPORT, 1977, OF THE PAN AMERICAN SANITARY BUREAU
- TEMA 10: INFORME CUADRIENAL, 1974-1977, E INFORME ANUAL, 1977, DEL DIRECTOR DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

El Dr. ACUÑA (Director): Tengo el honor de presentar a la consideración de ustedes los Documentos Oficiales 158 y 158-A que corresponden al Informe Anual del Director para 1977 y al Informe Cuadrienal para 1974-1977. Este documento que tuvimos el honor de someter oportunamente a la consideración de los Gobiernos Miembros, muestra la preocupación e interés de los países y de la Organización Panamericana de la Salud por encauzar propósitos y esfuerzos hacia la consecución de las metas prioritarias del Plan Decenal de Salud para las Américas. Existe decidido empeño en superar los serios obstáculos que plantea un mundo que está adquiriendo características de inusitada complejidad y de los cuales el fenómeno salud no está marginado.

Las experiencias enseñan con rasgos firmes que los enfoques inter y multisectoriales constituyen una base sólida para abordar los problemas de salud y así contribuir al bienestar social. Por otra parte, se ha estado creando conciencia de que los países, en forma individual y colectiva, deben adquirir mayor autosuficiencia por medio del fortalecimiento de su capacidad creadora para dar solución a sus problemas de salud de acuerdo con sus necesidades intrínsecas y manteniendo sus propios valores culturales. Constituye esto último la esencia de la cooperación técnica entre países en desarrollo que se está tratando de sistematizar y formalizar como un instrumento de acción mutua entre los países del Hemisferio.

El quadrienio es rico en experiencias y hechos significativos cuyo análisis detallado aparece en el texto del Documento Oficial 158. La conmemoración de los 75 años de vida de la Organización celebrada en 1977 tiene particular simbolismo a la vez que es expresión de la realidad que significa la solidaridad de los pueblos de las Américas en el campo de la salud. Como muestra de estos propósitos debo hacer referencia a algunos de los hechos más relevantes de la labor de los Gobiernos y de la Organización, sin que ello menoscabe la importancia de otros acontecimientos que se describen en el Informe Cuadrienal.

Según lo resuelto por la XIX Conferencia Sanitaria Panamericana, los Gobiernos y la OPS llevaron a cabo la evaluación inicial del Plan Decenal de Salud para las Américas en los años 1975 y 1976, con participación de 22 países que comprenden el 92% de la población total del Continente. La citada evaluación puso en evidencia las medidas tomadas por los Gobiernos para definir sus políticas nacionales de salud y desarrollar las áreas prioritarias del citado Plan. Mostró además que, a pesar de los esfuerzos desplegados, era urgente intensificar las acciones si se deseaba que el esfuerzo conjunto del Hemisferio produjera al final de la década algunos de los resultados previstos. La extensión de la cobertura de servicios que con su contenido programático de control de enfermedades, de salud maternoinfantil y de saneamiento básico constituye la meta de mayor envergadura y trascendencia, no ha guardado relación con el crecimiento de la población y de sus problemas y demandas de salud.

Con el propósito de reexaminar las causas de tal retraso y de redefinir las estrategias para superarlo, el Consejo Directivo, en su XXIV Reunión, estimó urgente adoptar nuevos enfoques, dando especial consideración a la atención primaria de la salud como instrumento para acelerar el proceso y lograr los objetivos propuestos. Para tal fin se decidió convocar la IV Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas. La etapa sobresaliente de este proceso estuvo constituida por el análisis hecho a nivel de cada país sobre los problemas principales que encaran los programas de extensión de la cobertura de servicios. Estos análisis establecieron la pauta para la IV Reunión Especial de Ministros de Salud, celebrada en Washington el año 1977, en la que se redefinieron las características de la cobertura de servicios y las estrategias de la atención primaria y la participación de la comunidad. También se identificaron las restricciones de la cobertura y se establecieron los enfoques que deberán seguirse en esta empresa, incluyendo el desarrollo de los recursos humanos requeridos por la nueva estrategia y la utilización adecuada e incremento de los recursos financieros. Finalmente, y como elemento sustantivo del proceso en su conjunto, se destacó la necesidad de desarrollar programas para la evaluación, selección y adaptación de tecnologías apropiadas.

Señalamos en el Informe Cuadrienal que la Organización ha intensificado su colaboración con los Gobiernos Miembros en sus esfuerzos para alcanzar la meta regional de proporcionar servicios de salud para toda la población. Al final del cuatrienio cinco países se encuentran en plena ejecución del programa de cobertura total. Siete están en las primeras etapas de desarrollo de programas de cobertura parcial, con miras a extenderla a todo el territorio nacional en los próximos años, y cuatro han formulado programas que deben iniciarse en el segundo semestre de 1978. El resto de los países han definido sus políticas de salud y se encuentran en un estado inicial de programación. En estos programas el financiamiento externo adquiere importancia singular como medio para fortalecer el esfuerzo inicial de solucionar el problema de la carencia de los servicios. Catorce Gobiernos han obtenido o están negociando préstamos con el Banco Interamericano de Desarrollo, por una cifra aproximada de EUA\$200 millones. A este recurso se agregan los propios de los países y los que provienen del Banco Mundial y de organismos de acción bilateral. Como complemento en este campo, la Organización ha colaborado en el establecimiento de métodos para analizar las fuentes de financiamiento, recursos, rendimientos y costos. La preocupación por fortalecer los procesos de extensión de la cobertura se puso de manifiesto en las Discusiones Técnicas de los años 1976 y 1977 en las que se examinaron los temas "El desarrollo de la infraestructura para la prestación de servicios de salud frente a la necesidad de la extensión de la cobertura" y el correspondiente a "Coordinación entre los sistemas de seguridad social y salud pública".

En la colaboración que la OPS/OMS ha prestado a los Gobiernos, se ha hecho hincapie en la redefinición y establecimiento de niveles de atención de salud y de sistemas de referencia de casos, así como a la creación de recursos institucionales adicionales que permitan prestar atención de salud a más de 300 millones de habitantes que quedarán incorporados a la población total de las Américas en el año 2000. Ello incluye el mejoramiento gradual de

la eficiencia y efectividad, así como el incremento de la capacidad instalada que existe en los 13,000 hospitales de América Latina y el Caribe. Especial atención se ha dado a las funciones de enfermería en la atención primaria, así como al establecimiento de estándares de enfermería que al finalizar el cuatrienio se están siguiendo ya en 23 países. En acción conjunta con ocho Gobiernos Miembros, la Organización inició la definición de las bases conceptuales y la preparación de esquemas metodológicos tendientes a conocer mejor las características de las comunidades y a definir los elementos que permitan articular el sistema comunitario con el institucional.

En este período, la Organización prosiguió en su empeño de reducir las grandes pérdidas que causa el sistema de prestación de servicios, el deterioro del equipo y de las instalaciones de salud. En este sentido, además de la cooperación técnica con los Gobiernos, la OPS continuó con sus gestiones para obtener respaldo financiero del Banco Interamericano de Desarrollo, de la Agencia Internacional para el Desarrollo de los Estados Unidos de América, y del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, para la creación de centros subregionales de adiestramiento de personal docente y técnico y para el diseño y construcción de unidades nacionales de mantenimiento de establecimientos de salud.

Durante el cuatrienio se ha puesto en marcha el Programa Ampliado de Inmunización, según la política y estrategias definidas en la XXV Reunión del Consejo Directivo. El Programa se desarrolla como parte de las acciones de salud materno-infantil y dentro de los procesos de la extensión de cobertura de servicios con las estrategias de la atención primaria y participación de la comunidad. Para fortalecer las actividades relacionadas con los programas de vigilancia epidemiológica, la Organización ha colaborado con los Gobiernos Miembros, tanto en el mejoramiento de la captación de los datos epidemiológicos nacionales e internacionales como en la introducción de mecanismos simplificados para el descubrimiento oportuno de casos y registros de defunciones. La vigilancia epidemiológica se intensificó con motivo de la epidemia de dengue en el Caribe y de la extensión continua de la fiebre hemorrágica.

En este último caso la vigilancia se incrementó por medio del Centro Internacional de Investigaciones de Fiebre Hemorrágica de la Argentina. Deben mencionarse también los 16 Centros Nacionales de Influenza, que continuaron sus actividades de vigilancia en América Latina y el Caribe. Destacada labor ha tenido en este campo el Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC), en funcionamiento desde 1975, que coordina actividades de vigilancia epidemiológica en el área y fomenta estudios sobre incidencia y frecuencia de enfermedades. Con la colaboración de la OPS/OMS, se inició en 1977 en varios países un programa ampliado de control de enfermedades endémicas orientado al diagnóstico temprano y a la inmediata rehidratación de casos, utilizando la infraestructura de servicios existentes. En lepra se estableció en Caracas (Venezuela) el Centro Panamericano de Investigación y Adiestramiento en Lepra, auspiciado por el Gobierno de este país y la OPS/OMS. La prevención y control de esta enfermedad recibió considerable impulso por parte del Programa de Investigaciones de Enfermedades Tropicales de la OMS y varios organismos donantes.

En cuanto a erradicación de la malaria, se han combinado los esfuerzos de los Gobiernos Miembros y de la Organización para superar los problemas técnicos y operacionales de los programas y se ha comenzado a aplicar la nueva estrategia según los lineamientos aprobados por el Consejo Directivo en su XXIV Reunión. La estrategia introduce cambios de enfoque y metodología, a la vez que subraya la urgencia de intensificar los estudios epidemiológicos, el readiestramiento de personal y la investigación. Con este fin se ha puesto a disposición de los Gobiernos Miembros el documento titulado "Orientaciones para el desarrollo futuro del programa de malaria en las Américas". A solicitud de los Gobiernos de Brasil, Ecuador, Haití, Nicaragua y Paraguay, la Organización participó en 1976-1977 en las evaluaciones de los programas de malaria en dichos países. Se han dado cursos sobre nuevas técnicas en malaria e investigación, se incrementaron los estudios de resistencia de vectores a los insecticidas, el ensayo de nuevos insecticidas, el control biológico con peces carnívoros, el análisis de la resistencia parasitaria a las drogas anti-maláricas, así como las pruebas de nuevas drogas y estudios en inmunología con miras a obtener una vacuna antimalárica en el futuro.

Se considera que en el cuatrienio, los países registran progreso en términos de área y población libre de transmisión de malaria. Al final de 1977, el 72% de la población total que vivía en áreas originalmente maláricas están libres del riesgo de la malaria. La meta del Plan Decenal es alcanzar el 90.7% de dicha población.

Los 407 casos de fiebre amarilla selvática notificados por siete países durante el cuatrienio, así como la severidad de las epidemias de dengue, llevaron a la Organización a redoblar su colaboración en el control de estas emergencias y a proseguir la erradicación del Aedes aegypti. En enfermedades crónicas, es digno de mención el estudio de la prevención de fiebre reumática y la enfermedad reumática cardíaca en el cual participaron 16 centros de siete países. Con la colaboración del Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos de América y de la OPS, desde 1975 se encuentra en operación el Proyecto Latinoamericano de Información sobre Investigaciones de Cáncer; destaca también el Programa de Quimioterapia de Cáncer iniciado en 1977 con la participación de los Centros Oncológicos de Argentina, Brasil, Colombia Chile, Estados Unidos de América y Perú.

Los programas de control de zoonosis y de fiebre aftosa muestran avances sustantivos. Todos los países de Sudamérica cuentan con programas de control de la fiebre aftosa y están vacunando sistemáticamente a bovinos de dicha subregión, con una producción anual de vacunas de más de 600 millones de dosis. Con la colaboración del Centro Panamericano de Fiebre Aftosa se evaluaron los programas de Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay, que registran una significativa disminución de la morbilidad de esta enfermedad. No se han producido brotes en Norteamérica, Centroamérica y el área del Caribe, donde continuaron las labores de vigilancia epidemiológica. Durante el cuatrienio se establecieron sistemas regionales de vigilancia epidemiológica para la rabia canina, la encefalitis equina, la leptospirosis y la brucelosis. Mejoraron los servicios de diagnóstico y varios países elaboraron planes para la producción de biológicos,



programas de control y vigilancia epidemiológica de la zoonosis mediante la coordinación de los sectores de agricultura y salud, con la participación de la OPS. En estas labores, el Centro Panamericano de Zoonosis continuó colaborando en forma decisiva con los países, destacándose su función como centro de referencia para el diagnóstico y la preparación de biológicos.

En el Informe mencionamos en forma detallada que en la solución de los problemas de salud de la familia, la colaboración de la Organización sigue un enfoque multidisciplinario. Se ha dado énfasis a la coordinación de la salud maternoinfantil, nutrición, salud mental, salud oral, y educación para la vida familiar, con otros programas prioritarios y dentro del contexto de la extensión de la cobertura de servicios de salud a toda la población.

Con el apoyo financiero del Fondo de las Naciones Unidas para Actividades de Población, se ha prestado colaboración al desarrollo de programas de planificación familiar en nueve países. Por su parte, el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, en Montevideo, Uruguay, ha cooperado con 11 Gobiernos de la Región en la sistematización y simplificación de los métodos de atención perinatal, así como en la reducción de costos y mejoramiento de la calidad de estos servicios.

Se registraron progresos en la formulación y ejecución de programas nacionales de alimentación y nutrición en once países de la Región. Los Gobiernos han reconocido la urgente necesidad de concertar esfuerzos y recursos, a fin de solucionar los problemas de alimentación y nutrición que afectan a los grupos marginados y más vulnerables de la población. Se destaca en esta área la cooperación técnica del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) y del Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI), así como el Programa Interagencial de Promoción de Políticas Nacionales de Alimentación y Nutrición. En lo referente a alimentación suplementaria, en 11 países de la Región funcionan actualmente 51 proyectos del Programa Mundial de Alimentos (PMA) de los cuales 16 corresponden a solicitudes aceptadas en el período 1974-1977, con un costo aproximado de EUA\$105 millones.

Como se relata en el Informe, se ha dado alta prioridad a los programas de abastecimiento comunal de agua y de eliminación de excretas, incluyendo la ejecución de estudios técnicos, institucionales, económicos, sociales y financieros, sobre la factibilidad de proyectos específicos para zonas urbanas, periurbanas y rurales. En esfuerzo extraordinario, los Gobiernos han hecho inversiones cuantiosas durante los últimos cuatro años para el desarrollo de sistemas de agua y de alcantarillado, con una inversión total de EUA\$1,355 millones, de los cuales \$717 millones corresponden a préstamos internacionales y \$638 millones a fondos nacionales. A pesar de que los sistemas de agua se han extendido en las grandes ciudades y en algunas zonas rurales, todavía el 22% de los residentes en áreas urbanas y el 66% de la población de áreas rurales carecen de este servicio. Como parte de las acciones propuestas para la Década Internacional de Agua y Saneamiento (1980-1990) la Organización ha colaborado con los Gobiernos en la formulación de

planes y programas para el desarrollo de sistemas comunales de agua y facilidades sanitarias. Esta acción tiene también el propósito de alcanzar la meta de "Agua para todo el mundo en 1990", propuesta en la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Asentamientos Humanos (HABITAT), celebrada en el Canadá en 1976, y reafirmada en la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Agua, llevada a cabo en la Argentina en 1977.

Con este fin, varios países han iniciado actividades preparatorias, especialmente el examen inmediato de los programas existentes y la adopción de medidas para acelerar el mejoramiento y la extensión de los sistemas de agua y saneamiento, particularmente en áreas rurales. El crecimiento de la población, los problemas de las migraciones y las características especiales de la industrialización y de la urbanización han aumentado los problemas de contaminación del aire, el agua y el suelo. A través del Centro Panamericano de Ecología Humana y Salud, con sede en México, y del Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente, con sede en el Perú, la Organización colaboró con los países en la identificación de situaciones críticas y de problemas sobresalientes que deterioran el ambiente. La Red Panamericana de Muestreo de la Contaminación del Aire cuenta con 40 estaciones establecidas en 16 países de la Región y ha proporcionado información a los Gobiernos sobre la extensión y seriedad de la contaminación del aire en los núcleos urbanos más importantes.

En recursos humanos, las acciones se han reorientado a fin de que los Gobiernos puedan llevar a la práctica los planteamientos delineados en la Conferencia Panamericana sobre Planificación de Recursos Humanos. Con este propósito, se ha promovido la coordinación directa entre entidades de servicios e instituciones de formación, a la vez que se han fortalecido los procesos de planificación de recursos humanos. La mayoría de los países cuenta con programas de formación de personal técnico. Cabe mencionar en esta área el Proyecto de Formación de Personal Técnico y Auxiliar del Caribe, realizado en colaboración con los Gobiernos de los países de habla inglesa del Caribe y con fondos del PNUD; también el Proyecto de Preparación Estratégica de Personal de Salud en el Brasil que se desarrolla bajo el auspicio del Ministerio de Salud de dicho país. Con el apoyo financiero de la Fundación W. K. Kellogg, la Organización dió inicio en 1976 al Programa Latinoamericano de Desarrollo Funcional para la Salud, cuyo objetivo es acelerar la integración docente asistencial a través de los Núcleos Internacionales de Investigación y Desarrollo en Educación y Salud, conocidos con el nombre de NIDES. Al finalizar el año 1977 se contaba ya con 12 núcleos en 11 países de la Región.

En lo referente a tecnología educacional, cuyo objetivo es adecuar el proceso de enseñanza-aprendizaje a las necesidades de los programas de salud, y por ende de la comunidad, deben mencionarse las actividades desarrolladas por los Centros Latinoamericanos de Tecnología Educacional para la Salud (los CLATES), en Río de Janeiro y México. A través de estos Centros, han recibido orientación 12,000 profesores e instructores responsables de programas de formación de personal en América Latina. Únicamente en 1977, cerca de 3,000 profesores e instructores concurren a más de 600 talleres, cursos y seminarios sobre el tema.

En cuanto a investigación en salud, durante el cuatrienio se ha tratado de dar una nueva orientación al Comité Asesor de Investigaciones Médicas a fin de cubrir los campos prioritarios del Plan Decenal de Salud para las Américas y de los programas nacionales de extensión de servicios a áreas desprotegidas.

Con miras a estrechar los vínculos y coordinar acciones con organismos internacionales, se efectuaron reuniones especiales con la Organización de los Estados Americanos, el Banco Interamericano de Desarrollo y el Fondo de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Ello dió oportunidad para examinar la situación de salud del Continente, sus proyecciones y las áreas de acción mutua. En el caso del Banco Interamericano, la política de salud establecida por esta institución ha facilitado la concentración de recursos en tres áreas que en nuestra opinión son fundamentales. La primera corresponde al desarrollo de la infraestructura de los sistemas de los servicios de salud, para lo cual 12 países han obtenido préstamos o han formulado propuestas al BID. La segunda se refiere a salud animal, en la que se han obtenido recursos financieros para estudios de factibilidad en el control de zoonosis en cinco países, así como fondos de asistencia técnica para programas de control de fiebre aftosa en cinco países de Sudamérica. La tercera área se refiere al agua y alcantarillado, cuyas cuantiosas inversiones mencionamos anteriormente.

Con el propósito de adaptarse a la evolución permanente, a los cambios ocurridos en la situación de salud y a las necesidades de los países, la Organización ha modificado su estructura y ha revisado sus métodos de trabajo a fin de incrementar su capacidad operativa. Los programas y la estructura que los sustenta se agruparon en seis áreas: Control de Enfermedades, Salud Ambiental, Salud Materno-infantil, Servicios de Salud, Recursos Humanos y Servicios de Apoyo. Además se redefinieron las funciones de las antiguas Oficinas de Zona y se descentralizaron hacia los países aspectos fundamentales de responsabilidad y autoridad. A este propósito quiero hacer un comentario especialmente importante que es objeto de una decisión del Comité Ejecutivo, que oportunamente presentaremos a ustedes. Me refiero a una solicitud del Comité Ejecutivo para que hagamos una explicación detallada acerca del informe del Auditor Externo en relación con la auditoría que hizo en el Brasil, por decisión del mismo Auditor Externo, en la que encontró cambios en los programas hechos a solicitud del Gobierno del Brasil. A nivel de la Oficina Central se estableció un instrumento de programación y coordinación, denominado Comité de Programación de la Sede, a fin de asegurar una acción multidisciplinaria en la cooperación técnica de los países.

Las transformaciones profundas que registran tanto la problemática de salud como las estrategias para su solución demandan una mejor y más productiva utilización de los recursos de la Organización y, por lo tanto, el perfeccionamiento del proceso de programación de la cooperación técnica de la OPS. Dicho proceso solo producirá los resultados esperados si existe una verdadera participación de los Gobiernos Miembros. Es imperativo fortalecer la comunicación real y efectiva entre las autoridades de salud y la Organización.

Es urgente que los Señores Ministros de Salud, dentro de la política continental y con base en la situación nacional, señalen con franqueza y convicción sus requerimientos y prioridades, a fin de introducir de común acuerdo los cambios necesarios en las diferentes áreas e indicar las formas de cooperación técnica que requieren. Con este objeto, a partir de 1976 se inició el desarrollo de un nuevo Sistema de Programación y Evaluación, basado en la participación activa de las autoridades nacionales de salud en todos los aspectos de la formulación, ejecución y evaluación de los programas que se realizan con la cooperación técnica de la OPS/OMS. Como parte del proceso de participación activa de los Gobiernos en la definición del programa y presupuesto de la Organización, debe mencionarse el papel dinámico que el Comité Ejecutivo ha adoptado durante los últimos cuatro años.

El interés creciente por la cooperación técnica entre países en desarrollo constituye en sí otro hecho sobresaliente en la Región. El propósito de este mecanismo es promover la capacidad de dichos países mediante el intercambio programado de conocimientos y experiencias, expertos, servicios de consultores, adiestramiento, equipos y suministros. La tradición, así como la experiencia adquirida en la Región de las Américas, condujo al Director General de la OMS a seleccionar a la Organización Panamericana de la Salud como punto focal para llevar a la práctica el Programa Global de la OMS en este campo.

Cabe destacar que durante el cuatrienio la Organización Panamericana de la Salud se vió honrada con el ingreso de Bahamas, Suriname y Grenada, cuyos Gobiernos han mostrado un profundo interés por nuestras actividades, aumentando así el número de Países Miembros a 32.

Como señalamos en el Documento Oficial 158, es evidente que los esfuerzos de los Gobiernos y de la Organización por resolver los problemas de salud más apremiantes contribuyen al logro de los objetivos regionales del Plan Decenal de Salud para las Américas. Existe un mayor conocimiento de las características de los problemas y una valiosa experiencia adquirida en los últimos años, que aunados a la determinación de los Gobiernos, permitirán encauzar las acciones hacia la superación de los serios obstáculos, tanto actuales como los que se presenten en el futuro. Queda un largo e intrincado camino por recorrer; afortunadamente las inquietudes, la preocupación y los propósitos de los Gobiernos y de la Organización se están conjugando promisoriamente en una acción solidaria ante la magnitud de esta empresa.

Dr. BRYANT (United States of America): I would like to thank the Director for his extensive report on the Organization's activities. We believe the staff of PAHO should be highly commended for their work in putting this report together. While we are greatly interested in the full range of subjects in the report --for example, primary care, nutrition, family planning, water and sanitation--there are a few selected areas on which we would like to make specific comments.

We noted the Director's reference to the emphasis placed on technical cooperation among developing countries by the World Health Organization and the fact that WHO has honored the Region of the Americas by naming PAHO as a focal point for this program. We think this is an exceptionally important area, and we feel that the subject was not explained as extensively as it might have been in the report. We would be particularly interested in knowing more about how PAHO sees its role in global coordination of technical cooperation among developing countries.

The tables in the chapter on disease control are certainly useful and interesting to all of us, and we can use them in our own countries. The material, however, highlights the importance of the comparability of data for regional evaluation, and the assessment of needs. We feel that PAHO can play an extensive role of leadership in this area, both in strengthening national capabilities in data collection and in assisting in developing comparability among such data in the Hemisphere.

In the area of parasitic diseases, we appreciate that the problem of parasitic diseases must be seen in the context of overall priorities in our Hemisphere. We wanted to make more detailed comments here, particularly on onchocerciasis and Chagas' disease.

Onchocerciasis is now documented in four nations of our Hemisphere. The population at risk, less than 1 million inhabitants, is perhaps not as great as that at risk with other problems, but we feel that the social and economic consequences of this disease are important and deserve particular attention. Within those zones in which the disease is transmitted, the prevalence of serious eye disease approaches 10 per cent, according to studies by the World Health Organization and the U.S. Center for Disease Control (CDC). There are national programs already under way in each of these countries, and PAHO is active in bringing scientists together to discuss these problems. There is a consensus among scientists engaged in onchocerciasis studies that training activities should settle on general areas, on systematic studies of human epidemiology, and on supportive basic research. For example, there is a need for standardized techniques in diagnosis of skin biopsies, for ocular examinations, and for sepsis studies. There is a need for improved definitions of morbidity that reflect the social and economic consequences of the disease. Vector studies should be performed to determine the species responsible for transmission. There is a great variation in the Americas in this area.

In basic research, there is serious need for the development of a laboratory animal model that would assist in studying the pathophysiology of the disease in testing new drugs. It would be desirable to develop laboratory colonization of Simulia to facilitate the study of transmission. Advances in these areas are necessary, if more effective methods of control are to be developed.

The World Health Organization's studies of onchocerciasis control in West Africa are very important, and information is emerging for more studies that can be useful in the Americas as well. We feel, however, that the control methodology derived from West Africa may not be directly applicable in the Americas because of the variety of conditions under which the disease is transmitted in our Hemisphere. Currently, there really are not sufficient data to have individual countries judge whether a control program is desirable or feasible. While PAHO's contribution in this area is appreciated, consideration should be given to PAHO's assuming a stronger leadership role in developing a coordinated hemispheric approach in this problem area.

For example, although extended support is now available through the WHO Tropical Disease Research Program (TDR), from which PAHO and its Member Governments benefit, there is a possibility of establishing an expanded field and laboratory research program. In this sense, CDC and similar institutions in the Americas could provide technical consultation to national programs. It is important to have a coordinated hemispheric approach to determine the importance of the problem in a given country and to establish an appropriate control program.

Let me comment as well on Chagas' disease. Here again, we believe that the lack of a comprehensive approach is a problem. Information about this disease is abundant but discontinuous. Let me mention some of the major problems. The cycle development of Trypanosoma cruzi involves a number of stages that may be antigenically different, and antigenic variation represents a serious problem. Many aspects of vector parasite/host relationships are not fully understood. More effective drugs for the treatment of both chronic and acute stages of the disease are needed. Research and environment studies of the pharmaceutical industry are important in this area. Resistance to pesticides on the part of a vector is a problem, and of course further studies on control methods are required.

PAHO has activities under way in the field of Chagas' disease, and we appreciate the importance of the substantial technical capability of the PAHO staff in this area. We believe that consideration should be given to PAHO's leading in the development of a more coherent hemispheric approach, including activities which would facilitate basic and applied research, such as priority research into the development of standardized protocols to ensure comparability of results; assistance in the development of a regional network of laboratories; reference centers for parasite and vector studies to encourage the development of new pharmaceutical products; stimulation of Member Governments and health agencies to review current information on Chagas' disease; and determination of research needs and possible control activities close to their setting. Here again we believe the increased availability of funds for the WHO/TDR program is important.

In environmental sanitation, we fully support the attention given to this area by PAHO in response to the United Nations initiative at HABITAT in 1976 and the United Nations Water Conference in Argentina in 1977. The United States is actively supporting the Rural Water and Sanitation Decade by increasing our support to the unified approach of the Division of Environmental Health. As the Director mentioned, the goal here is to provide adequate water and sanitation services to all peoples by 1990.

The last point that I would make here is our concern for the problems of dengue. Here again we believe there is need for a hemispheric approach, which we understand will be discussed under Agenda Item 34.

El Dr. ACUÑA (Director): He tomado nota de las importantes observaciones hechas por el Dr. Bryant de la Delegación de los Estados Unidos de América. Especialmente, quisiera referirme a su preocupación por conocer un poco más el papel de la OPS como punto focal de la OMS en el nuevo concepto de cooperación técnica entre países en desarrollo. El concepto de cooperación técnica entre países en desarrollo se ha mencionado repetidas veces como ejemplos de la Región de las Américas en el seno de la Asamblea de las Naciones Unidas, en el Consejo Económico y Social de ese mismo organismo, en el UNICEF, en la OMS, y por supuesto, en la Organización de Estados Americanos y en la OPS. Hay numerosos ejemplos sobresalientes sobre estas actividades de cooperación técnica entre países en desarrollo y quizás valdría la pena nada más mencionar en este momento los extraordinarios esfuerzos sostenidos por largos años que han desarrollado varios países, por ejemplo de Centroamérica y Panamá, cuyos Ministros se reúnen año a año en reuniones técnicas y de tipo político para determinar y examinar sus problemas y encontrar soluciones que en forma coordinada llevan a cabo estos países. Estos son ejemplos vivientes de cooperación técnica entre países en desarrollo. Pero de la misma manera que la Subregión Centroamérica y Panamá lo hace, también es evidente que el Acuerdo Hipólito Unanue de los países del Pacto Andino o del Acuerdo de Cartagena, llevan a cabo estas acciones de cooperación técnica de manera extraordinaria. Los países del Caribe, a través de la Reunión de Ministros de Salud del Caribe, tienen igualmente una historia rica en experiencias de cooperación técnica entre países en desarrollo. Estos son unos cuantos ejemplos en donde la iniciativa ha sido de los mismos países, pero hay muchos otros ejemplos en donde la iniciativa ha sido conjunta entre países interesados y la Organización. Pongo como ejemplo de éstos el Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá que, fundado por estos países desde hace más de 25 años, recibe aportes y cuotas de los mismos países de Centroamérica y Panamá como ejemplo de cooperación técnica. En esta actividad y con mucho orgullo, la Organización Panamericana de la Salud también ha participado, y por cuenta de estos Gobiernos dirige y administra el INCAP. Lo mismo sucede en el CAREC, el Centro de Epidemiología del Caribe en Puerto España, uno de los ejemplos más recientes, organismo recién creado el año 1975 con la aportación y la cooperación de los países del Caribe, que sirve a los países del Caribe, e igualmente dirigido y administrado por la OPS. Estos son unos cuantos; hay muchísimos más ejemplos, algunos inclusive quizás ignorados por nosotros, de cooperación técnica directa entre un país y otro. Esto ha hecho que el Director General de la OMS, reconociendo esta larga y rica tradición de la

Región de las Américas en este campo, nos haya honrado nombrándonos el punto focal para estas actividades de la Organización Mundial de la Salud.

Ahora bien, ¿cuáles son nuestras funciones en este campo? Primero, definir conjuntamente con la OMS lo que es la cooperación técnica entre países en desarrollo. A este respecto ustedes han tenido oportunidad, en los Organos Directivos de la Organización Mundial de la Salud, tanto en el Consejo Ejecutivo como en la Asamblea Mundial de la Salud, de conocer los documentos que definen esta cooperación técnica entre países en desarrollo y el papel de la Organización Mundial de la Salud frente a esta actividad extraordinaria demandada por los países mismos. Le ha correspondido también a nuestro punto focal participar en la elaboración del documento básico de la Conferencia recién llevada a cabo sobre Cooperación Técnica entre Países en Desarrollo, celebrada en Buenos Aires del 31 de agosto al 12 de septiembre pasados. Con mucho orgullo también hemos participado junto con la OMS en la elaboración del Plan de Acción resultante de esta Conferencia sobre Cooperación Técnica entre Países en Desarrollo, en la que los países de las Américas y muchos otros países del mundo tuvieron una participación tan importante y decidida. Quisiera adelantar que las resoluciones, tanto de la Asamblea Mundial de la Salud como las que ustedes adoptaron el año pasado sobre cooperación técnica entre países en desarrollo en el Consejo Directivo, encajan perfectamente dentro del Plan de Acción y el documento final de la Conferencia de Cooperación Técnica entre países en Desarrollo aprobado en Buenos Aires. Me atrevo a pronosticar con mucho gusto que la OMS y la OPS no tendrán ninguna dificultad en adaptar sus actividades a los lineamientos de ese Plan adoptado en Buenos Aires. Sin embargo, nuestra función no ha terminado ahí. El Director General nos ha pedido que participemos en la elaboración del documento básico, que será presentado a todos los países del mundo para las Discusiones Técnicas que se llevarán a cabo en el seno de la 32a Asamblea Mundial de la Salud en mayo del año próximo, sobre el tema "Cooperación técnica entre países en desarrollo". Después de esa Asamblea Mundial de la Salud no puedo prever cual será nuestra función.

Tengo la impresión de que la función ya no podrá ser meramente doctrinaria y de definición y elaboración de documentos, sino que requerirá acciones directas de la responsabilidad de cada oficina regional de la OMS y de cada representación en cada país, por supuesto. No podemos prever qué es lo que el Director General nos encomiende después de mayo próximo, pero tenemos entendido que en el momento en que el informe de las Discusiones Técnicas sea adoptado por la Asamblea Mundial de la Salud terminará nuestra función. Espero que esta explicación, aunque un poco larga, satisfaga el interés de la Delegación de los Estados Unidos de América acerca de nuestro papel.

Hemos tomado nota de los importantes comentarios que el Dr. Bryant ha hecho acerca de la comparabilidad de los datos sobre enfermedades, la incidencia de enfermedades y otras actividades de control que hemos presentado en nuestro Informe Anual y Cuadrienal. Quizas el Dr. Bryant estaría mucho más satisfecho si le dijera que estamos distribuyendo en esta Conferencia los primeros ejemplares del documento que se elabora cada cuatro años sobre las condiciones de salud de las Américas con datos proporcionados por los



mismos países. No sé si el Dr. Gerald, el Jefe de la División de Servicios de Apoyo de la OPS, nos podría informar cuando estará distribuido este documento o si ya está en la mesa de los delegados. Sí, ya ha sido distribuido. Este indudablemente es un documento muy valioso para estudiar los datos sobre todos los aspectos de estadística de salud, morbilidad, mortalidad, etc., que tanto los funcionarios a nivel de decisión como los expertos en campos muy específicos esperan con gran interés para poder elaborar sus propios datos.

Hemos dado especial atención a los importantes comentarios formulados sobre control de enfermedades, sobre enfermedades parasitarias, especialmente oncocercosis y enfermedad de Chagas. He tomado debida nota del papel de liderazgo de la Organización Panamericana de la Salud que se prevé para el futuro y de las gestiones que debemos hacer para que el Programa de Adiestramiento e Investigaciones en Enfermedades Tropicales de la OMS en la Región de las Américas pueda llevar a cabo con los fondos disponibles las acciones que le competen. Agradecemos los comentarios acerca de nuestro papel en el aspecto de dotación de agua y saneamiento y, finalmente, como decía el Dr. Bryant, el problema de dengue será tratado en el Tema 34 de la agenda.

Dr. BRYANT (United States of America): I would just like to thank the Director for his very comprehensive response.

El Dr. VALLADARES: La Delegación de Venezuela ha leído la exposición general del informe del Director y ha seguido con atención la presentación verbal de las actividades en el año 1978. Este informe puede dar cuenta una vez más de numerosas actividades que se desarrollan en los países por la acción primordial de los gobiernos de este Continente, los cuales siempre han entendido esencial el desarrollo de las propias capacidades y la cooperación que puedan prestarse entre sí los países cualquiera que sea su etapa de desarrollo. Hace mucho más de cinco años que la OPS viene aplicando lo que hoy llamamos cooperación técnica y durante varios decenios la Organización ha señalado también los progresos en la salud del Continente. La OPS ha desarrollado en sus tres cuartos de siglo de vida una brillante tradición de capacidad y solidez que sus Gobiernos Miembros han reconocido y que debemos sostener fortaleciendo e incrementando nuestra dedicación a su eficiente administración. Sin embargo, estamos asistiendo a lo que pensamos es una pérdida progresiva de conciencia, respeto a sus asesores y representantes y las solicitudes que se dan o dejan de darse a los programas. Son varios los Gobiernos que han preferido retirar de su territorio a los funcionarios de la OPS y solicitar el dinero del costo de ese personal para realizar directamente actividades programadas, con el objeto de aprovechar al máximo el aporte a ellos destinado, aun cuando todos sabemos que cualquiera de esas cantidades es solo un grano de arena ante la magnitud de la necesidades financieras de los programas de salud en cualquier país.

Las relaciones del personal con las autoridades superiores ha llegado a confrontaciones que deben preocuparnos a todos. La administración ha perdido numerosos juicios en caso de remoción, traslado o reclasificación de personal, con las consecuentes pérdidas de autoridad y el consiguiente desembolso de un dinero que los Gobiernos aportan para programas de salud. La selección de personal tendría que ajustarse más al Reglamento de la Organización porque de lo contrario se acentúan las inconveniencias de estas situaciones que dan origen a sentimientos de inseguridad, derrotismo y desmoralización. Aun cuando más adelante se someterá a consideración el informe financiero del Director y el informe del Auditor Externo, vemos necesario hacer algunas observaciones anticipadas porque para nosotros programa, financiación y recursos humanos son parte de un todo indivisible.

En la revisión que hizo el Comité Ejecutivo del Informe Financiero del Director y del Auditor Externo, encontramos que la ejecución real del presupuesto de 1977 variaba de un país a otro y de un proyecto a otro dentro de índices demasiado amplios. Casi un 7% de los proyectos AMRO habían recibido 140, 150 y hasta 200% de lo presupuestado originalmente, en algunos casos sin que al parecer hubiera una justificación operativa adecuada. Los aportes de fondos extrapresupuestarios que figuraban para el año 1978 en el Documento Oficial 148 se multiplican luego por tres y hasta por seis en el Documento Oficial 154, sin que ningún cuerpo de gobierno haya intervenido en la distribución o asignación, puesto que corresponden a un presupuesto aprobado. Son EUA\$12 o más millones adicionales que se incorporan al presupuesto en programas que deciden por acuerdo los balances y la dirección, sin que los cuerpos de gobierno tengan oportunidad de emitir opinión o influir en la programación de ese dinero, de acuerdo con las prioridades establecidas en el Continente.

La Delegación de Venezuela ha visto necesario hacer estas reflexiones porque son muy importantes para la vida futura de la Organización, la cual debe dedicarse cada vez más intensamente a cumplir su misión de cooperación y solidaridad regional. De ello va a depender que los Gobiernos Miembros depositen confiadamente sus contribuciones porque saben que se destinarán a atender solamente esas actividades de salud, a través de los presupuestos aprobados que se van a cumplir regularmente ajustándose a las normas determinadas. Consideramos que la Organización Panamericana de la Salud necesitaría una revisión con el fin de adecuar las disposiciones de sus documentos básicos, a veces demasiado genéricos en la época en que vivimos. Por una parte estimulamos la participación de las comunidades en los programas de salud, pero por otra participamos nosotros, las comunidades de los Gobiernos Miembros en los programas de la Organización. En la parte final de la exposición del Director debe haber una mayor comunicación entre las autoridades de salud y la Organización, pero no solo para la presentación de los proyectos o necesidades nacionales sino para conocer cuál es la mejor y poder así participar más efectivamente en la conducción de esta Organización que tantos beneficios puede ofrecer y a la cual contribuimos con nuestros esfuerzos y nuestras cuotas.

El Dr. ACUÑA (Director): Con todo respeto al Delegado de Venezuela, tendré mucho gusto, así como el personal técnico de la Organización, en dar respuesta a todas sus preguntas cuando sean tratadas formalmente en los temas pertinentes del programa.

The PRESIDENT: There being no further comments, I would ask the Reporteur to prepare a draft resolution. We will now move on the next item on the Agenda.

ITEM 12: REPORTS OF MEMBER GOVERNMENTS OF THE ORGANIZATION ON PUBLIC HEALTH CONDITIONS AND PROGRESS ACHIEVED DURING THE PERIOD BETWEEN THE XIX AND XX PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCES  
TEMA 12: INFORMES DE LOS GOBIERNOS MIEMBROS DE LA ORGANIZACION SOBRE SUS CONDICIONES Y PROGRESOS ALCANZADOS E: MATERIA DE SALUD PUBLICA, EN EL PERIODO TRANSCURRIDO ENTRE LA XIX Y LA XX CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA

El Dr. IRAN (Argentina): Los últimos cuatro años han tenido el significado de un verdadero período de prueba para la Argentina.

Fue la inmensa fe del pueblo argentino en los valores esenciales que le han permitido mantener su clara identidad en el concierto de las naciones, lo que le permitió sobrellevar con éxito una situación tan difícil.

Hoy podemos decir con satisfacción, que la Argentina está de pie y en marcha hacia nuevos destinos. Desde el sector salud nos hemos integrado en este esfuerzo común para lograr los objetivos que la Nación ha definido, manteniendo al mismo tiempo en plena vigencia los valores que deseamos conservar.

En lo que se refiere al análisis de situación e identificación de problemas, las especiales circunstancias que han caracterizado al cuatrienio 1974-1978, obligaron, más que nunca, a elaborar un marco de referencia donde ubicar racionalmente nuestras acciones, so pena de no corregir la confusión imperante. Este marco de referencia estaba caracterizado por los objetivos para el sector salud y alimentado por algunas hipótesis que determinaron nuestras primeras acciones en procura de dichos objetivos.

Luego, ya en posesión de una mejor información derivada de mecanismos que en algunos casos hubo que crear y rehabilitar en otras áreas, ya que los procesos de obtención de datos y producción de información estaban prácticamente detenidos, algunas de dichas hipótesis fueron confirmadas y en otros casos debimos modificar nuestros enfoques para abordar los problemas que se fueron presentando.

El marco de referencia sectorial se insertó en un marco global constituido por las políticas de reorganización nacional y las bases fundamentales de un modelo nacional. Aquí se señalaban los valores que la Nación estaba dispuesta a defender, por constituir su propia esencia, y los objetivos globales que el país deseaba alcanzar, que incluían los objetivos para el sector salud.

Las hipótesis básicas con que enfrentamos la problemática del sector fueron las siguientes: La situación de salud del país, a la luz de los indicadores vitales, era satisfactoria, aunque mantenía una notoria rigidez histórica en algunos aspectos, tales como la tasa de mortalidad infantil. La situación, considerada según indicadores nacionales exclusivamente, escondía notorias diferencias regionales, presentando algunas provincias un marcado deterioro socioeconómico. La concentración de la población en una zona relativamente reducida del país, el Eje Fluvial Industrial que comprende la Capital Federal, La Plata y Rosario con sus conurbanos y algunos partidos de las provincias de Buenos Aires, Córdoba y Santa Fe y las ciudades de Córdoba y Mendoza, con sus áreas de influencia respectivas.

La correspondiente concentración de los recursos humanos, físicos y financieros en las mismas áreas, en virtud de la relación directa de la capacidad instalada con la demanda espontánea de los servicios. La concentración de la población y los recursos en las mencionadas áreas generaba una desigual distribución de los servicios. Algunos sectores de la población, especialmente en ciertas zonas rurales pero también en las ciudades y en las áreas periurbanas, estaban desprotegidos, sin cobertura real, mientras que otros no solo satisfacían sus demandas sino que llegaban a incurrir en una sobreutilización de los servicios. La existencia de tres subsectores: estatal, de obras sociales y privado, sin adecuada coordinación, respondiendo a sus propios objetivos no siempre totalmente compatibles y coherentes, provocaba ineficiencia en el uso de los recursos. El gasto en salud del país es importante. Se estima que la Argentina destina al sector el 7% aproximadamente de su producto bruto interno, estando, en este sentido, a la altura de los países más desarrollados. Por lo tanto las acciones de salud en la Argentina debían partir del supuesto de que los recursos asignados al sector han llegado, prácticamente, a su techo.

De este conjunto de hipótesis básicas, algunas de las cuales se fueron integrando y perfeccionando durante el proceso, surgieron dos fenómenos relevantes: la falta de eficiencia en el uso de los recursos y la inadecuada cobertura de algunos sectores rurales, urbanos y periurbanos de la población. La información que se fue obteniendo permitió precisar mejor la situación. En efecto se observó que el gasto en salud es alto, pero el financiamiento no corresponde a factores de solidaridad social global. Las obras sociales, que debieron actuar en ese sentido, se convirtieron en verdaderos compartimientos estancos, creando sectores privilegiados cuyo financiamiento ha pesado y pesa aún sobre toda la población, aún la menos protegida.

El hecho concreto es, que más allá de proclamadas solidaridades de clase, algunos grupos sindicales lograron que se produjera hacia sus obras sociales una importante transferencia de ingresos.

No existía una adecuada coordinación, aún en el mismo subsector estatal. La existencia de servicios nacionales, provinciales y municipales sin mecanismos que procuraran concertar racionalmente sus acciones, provocaba también problemas de diversa importancia.

Se habían realizado intentos previos a nuestra gestión, con la pretensión declarada de resolver algunos de estos importantes problemas, especialmente los vinculados a la falta de coordinación entre los subsectores y en el propio subsector estatal.

Fue así que se votó la Ley que creó el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) que se comenzó a implementar en cuatro provincias. Se trató de un intento de relacionar sistémicamente los recursos del sector, pero no tuvo éxito por diversas circunstancias.

En lo que se refiere a los objetivos, políticas y estrategias diremos que los objetivos fundamentales del sector, en el marco de las bases del modelo nacional y sus correspondientes objetivos globales, son: mejorar el nivel de salud y la calidad de vida de la población y aumentar la expectativa de vida al nacer.

Para el logro de estos objetivos se decidió aplicar una estrategia de cambio global, pero gradual, aceptando que las restricciones existentes impiden una respuesta total, aquí y ahora, muy atrayente quizás, pero realmente utópica. Aceptamos, en cambio, el avance gradual, sistemático que nos lleve hacia los objetivos y metas deseados.

Se consideró necesaria la interrelación adecuada de los responsables de la conducción superior de los niveles nacional, provincial y municipal, para que las propuestas de políticas se transformaran en políticas nacionales destinadas a ser aplicadas en todo el país por el consenso de las autoridades correspondientes.

El ámbito en que se han propuesto, discutido y definido las políticas nacionales de salud han sido las Reuniones Nacionales de Autoridades de Salud, que han tenido lugar en ocho oportunidades, hasta ahora, durante nuestra gestión, habiendo servido de sede diferentes provincias.

El marco conceptual de que nos hemos valido para abordar tan compleja situación ha sido proporcionado por el enfoque sistémico, como filosofía para la acción y como metodología para analizar la realidad y actuar sobre ella procurando administrar sistémicamente los recursos disponibles para lograr, de ese modo, la mayor efectividad.

Los recursos de acción de corto plazo fueron la reorganización de la Secretaría de Estado de Salud Pública de la Nación para adecuarla a su condición de organismo central del sistema nacional de salud, con funciones de normatización, planificación, control y evaluación, descentralizando la ejecución de las acciones de atención médica en las provincias, municipios y en el subsector privado, aplicando así el principio de subsidiariedad establecido por el Gobierno Nacional; la reestructuración de los servicios de apoyo, especialmente los sistemas de información, planeamiento y control de gestión. Se destaca en este sentido la realización de un Censo Nacional de Recursos y Servicios para la Salud que proveerá información esencial para ordenar y planificar las acciones del sector; la transferencia de establecimientos a las provincias en el marco de la política de centralización normativa y descentralización operativa; la definición de prioridades en los programas de inversión, poniendo especial énfasis en el Hospital Nacional de Pediatría; la definición de políticas en el área de los recursos humanos, médicos y otros profesionales de salud, enfermeras y auxiliares de enfermería. En tal sentido, se ha propiciado la educación continua del médico y la adecuación de los recursos humanos en cantidad y calidad, de acuerdo a la situación actual y a las características del país, planificadas mediante acciones conjuntas con el sector educación; la organización de la lucha contra la enfermedad de Chagas como un verdadero operativo de nivel nacional tendiente a lograr el control y propender a la erradicación de esta endemia de graves características en la Argentina; la reorganización de los programas asistidos por la Nación que se ejecutan a nivel provincial.

Se puso especial interés en los programas de salud maternoinfantil, otorgando prioridad a las embarazadas y a los niños menores de cinco años, así como en los de salud rural, procurando una efectiva cobertura de la población, con énfasis en las acciones de promoción y protección de la salud y saneamiento ambiental; y la reorganización de los recursos financieros proponiendo mecanismos basados en la solidaridad social global tendiendo a un seguro nacional de atención médica.

Las acciones esenciales en que estamos actualmente comprometidos se refieren a la atención primaria de la salud y la regionalización sanitaria nacional, estrechamente conectadas e interrelacionadas, en el marco de un sistema nacional de salud.

En la reunión de Alma Ata, realizada bajo los auspicios de la Organización Mundial de la Salud, expusimos nuestras ideas con respecto a estos relevantes temas, por lo que no nos extenderemos en su consideración.

Pero allí están concentradas las acciones fundamentales que pueden llegar a resolver, en gran medida, los problemas de salud en la República Argentina mediante: el uso eficiente de los recursos que el país destina al sector, y la extensión de la cobertura real a toda la población para atender sus necesidades, eliminando las barreras económicas, geográficas y culturales que dificultan su acceso al sistema nacional de servicios de salud.

El Dr. RECINOS (Guatemala): En el desarrollo de esta jornada tan importante para la salud y bienestar de los pueblos de las Américas, el intercambio de informaciones entre los máximos dirigentes de las políticas sanitarias de los Países Miembros de esta asamblea indudablemente enriquecerá el acervo de experiencias que todos y cada uno de nosotros necesitamos para traducirlas en acciones útiles que puedan generar más salud y más bienestar físico y mental, y por lo tanto más oportunidades para que nuestros pueblos progresen y se realicen en la plenitud de sus aspiraciones. Para quienes llevamos sobre nuestros hombros tan grave responsabilidad, cada evento de esta naturaleza representa un foro abierto del que anhelamos extraer un caudal de conocimientos para llenar nuestro zurrón de peregrinos y vaciarlos con generosidad a nuestra vuelta en casa, ya que cada uno de los informes de los Ministros constituye una valiosa experiencia para mi país, Guatemala.

La diversidad de condiciones económico-sociales de mi país, hace que apliquemos mecanismos diferentes para afrontar las situaciones adversas al desarrollo. La pobreza social se traduce en el país por un bajo nivel de educación, vivienda insalubre, malas condiciones de saneamiento, desnutrición, deterioro de la salud y escasa o inexistente cobertura de los servicios de seguridad social para la gran mayoría de la población económicamente activa. El 74% de la población reside en comunidades de menos de 2,000 habitantes. La población de Guatemala en 1990 ascenderá a unos 9.3 millones de habitantes. La población de Guatemala en 1990 ascenderá a unos 9.3 millones de habitantes; en la actualidad es de 6,250,000 y en el año 2000 será de más de 12 millones. No menos del 55% de la población en 1990 vivirá en las áreas urbanas y las principales actividades económicas estarán en los sectores secundarios y terciarios. No obstante los esfuerzos del Gobierno y la colaboración técnica y financiera internacional, las condiciones ambientales siguen siendo deficientes y el progreso hacia la solución de este problema ha sido lento. El sistema de salud carece de la disponibilidad necesaria de recursos humanos, financieros, capacidad instalada y procesos administrativos adecuados que permitan hacer operar al conjunto de elementos en forma plenamente efectiva y eficiente con el fin de poder cubrir las necesidades de servicios de la comunidad y alcanzar el propósito básico de mejorar la situación de salud de la población.

Durante los años 1975 a 1978 la orientación de las actividades tiene básicamente un marco de referencia de cuatro políticas de salud: 1) aumento de cobertura; 2) saneamiento ambiental; 3) nutrición y alimentación, y 4) financiera.

**Aumento de cobertura:** En el país esta política se expresa en estrategias concretas que permiten mayores logros en la atención de las necesidades de la población, que son las siguientes: atención primaria; participación de la comunidad; mejora de la eficiencia de los servicios; adecuación de los recursos humanos para la salud, y coordinación con las agencias intra y extrasectoriales ligadas a la salud. Para implementar la producción de servicios y multiplicar las acciones directamente en los sitios de ejecución de los programas es imprescindible buscar los nexos básicos entre el sistema institucional de salud y el sistema tradicional comunitario, cualquiera que sea su grado de evolución. La atención primaria se presta de conformidad con los patrones de vida de la población y se basa en los conocimientos científicos y la moderna tecnología de salud, así como en las prácticas de atención tradicionales. Los programas se han aplicado principalmente en zonas rurales y en las ciudades o poblaciones donde el crecimiento urbano se está produciendo a un ritmo rápido. Debido a la emigración procedente de dichas zonas rurales, los servicios tales como escuelas, hospitales, centros de salud, etc. están más desarrollados en las ciudades, donde por lo general hay más organizaciones privadas que prestan diversos tipos de asistencia. Finalmente, hay diferencias entre comunidades rurales y urbanas en las relaciones entre las personas, en las necesidades y en los servicios que requieren procedimientos variados y un orden distinto de prioridades, así como una organización diferente dentro de los mismos.

**Saneamiento ambiental:** Para el cumplimiento de la política nacional de saneamiento ambiental, se han delimitado campos de acción entre los que se pueden mencionar: a) conocer y determinar bien el problema de la contaminación en nuestro medio para lo cual se fomenta el estudio o investigación en este campo; b) impulsar las acciones específicas como son: la dotación de agua potable, alcantarillado y eliminación de excretas, eliminación de desechos sólidos, vivienda y control de alimentos, tanto en el medio urbano como en el área rural; c) acelerar la concientización de la población en cuanto a la importancia del ambiente para el hombre y el efecto de las acciones de este sobre el propio ambiente, y d) coordinación para el aprovechamiento de los presupuestos asignados en los diferentes sectores involucrados,

**Nutrición y alimentación:** La política de nutrición conceptúa todas aquellas acciones de orden legal, institucional y administrativas que norma, coordina y ejecuta el Estado a través de sus sectores para garantizar la producción, comercialización, disponibilidad cuantitativa y utilización biológica de alimentos a los estratos de la población más afectada y necesitada.

**Política financiera:** Dentro de esta política se tiende a la utilización racional de los recursos financieros, así como a lograr el incremento progresivo de fondos destinados a los programas y acciones para la prevención de la enfermedad y la promoción y recuperación de la salud. La escasez de recursos se presenta como un problema zónico y complicado que obedece a múltiples causas: distribución poco equitativa del producto nacional, altos y crecientes costos de los servicios, selección inapropiada de tecnologías, mayores expectativas y demandas de la población, mal aprovechamiento de los recursos del sector y poco desarrollo de técnicas de gestión que aseguren un rendimiento óptimo de los recursos.



Programas: Para los efectos de cumplimiento de las políticas y estrategias ya mencionadas, el Ministerio de Salud ha promovido los siguientes programas básicos: a) planificación y desarrollo del sistema de servicios de salud, b) control de enfermedades, c) administración de servicios de atención médica hospitalaria, d) salud materno-infantil y familiar, e) desarrollo de los recursos humanos, f) alimentación y nutrición y g) salud ambiental. Cada uno de ellos estimula la participación comunitaria, con un reforzamiento básico del nivel de atención primaria y la regionalización de los servicios.

Los aspectos positivos más sobresalientes son los siguientes: Aumento de cobertura: se intensificó la atención de la salud con énfasis en el área rural, grupos marginales y madre-niño, que sobreponiéndose a la baja causada por el terremoto sufrido en el país en el año 1976 ha brindado un volumen de servicio que supera la producción de los años anteriores que tiende a elevarse aún más como se puede ver más adelante. Servicios: existen 38 hospitales a los cuales se les ha remodelado o dotado de nuevas instalaciones y edificios. Hay un proyecto para los próximos cuatro años: la construcción de 10 nuevos hospitales. En relación a los servicios hospitalarios y su producción se tiene la siguiente cifra: año de 1974, egresos 135,076; año 1977, egresos 170,992. Centros de salud: existentes en 1973: 80, habiéndose incrementado 69 más para un total de 159. Puestos de salud: en 1973 existían 227 unidades y se incorporaron desde entonces 245 nuevas unidades para llegar a un total de 472. Consultas: en 1974, 960,475; en 1977, 3,256,261. En relación a las primeras consultas se han alcanzado las siguientes concentraciones por 100 habitantes: 1974, 10.59%, 1977, 26.57%. Se puede asegurar que las acciones de gobierno han tratado de recuperar el terreno perdido en 1976 y alcanzar en el menor tiempo posible la normalización de la atención de nuestras comunidades. Recursos humanos: se han continuado los programas intensivos de formación de personal que se adapten a las situaciones reales de nuestro país, principalmente a nivel rural.

Continúa la campaña de vacunación masiva y se mantienen los niveles con cobertura del 80% de la población de menores de dos años, que anualmente se protegen contra la poliomielitis, la tos ferina, la difteria, el tétanos, el sarampión y en el último año la vacuna BCG, lo que representa la vacunación de medio millón de niños anualmente. La red existente de servicios puede brindar atención médica en consulta ambulatoria en número de 3,500,000 consultas anuales, lo cual duplica las acciones en este rubro en relación a 1975.

La reforma administrativa aprobada por el Gobierno permite la participación comunitaria en conjunción con el sistema institucional. El logro de esas acciones se hace presente en la mejora de la atención del parto rural mediante el adiestramiento de comadronas tradicionales, programas de vigilancia epidemiológica por medio de colaboradores voluntarios en la lucha contra la malaria, programas de referencia de pacientes a través de la formación y preparación de promotores de salud en la lucha contra la tuberculosis y campaña masiva de vacunación en la que ha sido de gran importancia la participación comunitaria.

Nutrición y alimentación: el Ministerio ha impulsado una política nacional que continúa asignando responsabilidades específicas a cada uno de los sectores involucrados.

Conservación y mejoramiento del medio ambiente: la estrategia está dirigida al saneamiento básico. Se continúa la reconstrucción nacional; se ha reconstruido el 90% del daño causado por el terremoto de 1976 en lo referente a letrinas, acueductos y redes de alcantarillados. El financiamiento externo y las contrapartidas presupuestarias nacionales han permitido el inicio de obras importantes de infraestructura. Hay un proyecto de ampliación de cobertura que está en ejecución y contempla un aumento significativo de infraestructura para el área rural consistente en 3 hospitales de 100 camas, 2 hospitales de 50 camas, 7 centros de salud de 30 camas, 46 centros de salud tipo B, 170 puestos de salud y 4 talleres de mantenimiento. Otro proyecto con préstamo externo es el de construcción de acueductos rurales que contempla la construcción de 106 acueductos por la unidad ejecutora de programa y 96 acueductos por el Departamento de Saneamiento Ambiental de la Dirección General de Servicios de Salud.

The PRESIDENT: I will now adjourn this meeting until 2:30 p.m. The next speaker will be the distinguished Delegate of the United States of America.

The session rose at 12:30 p.m.  
Se levanta la sesión a las 12:30 p.m.



# XX PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE

## XXX REGIONAL COMMITTEE MEETING

ST. GEORGE'S, GRENADA  
SEPTEMBER - OCTOBER 1978

Tuesday, 26 September 1978, at 2:45 p.m.  
Martes, 26 de septiembre de 1978, a las 2:45 p.m.

CSP20/MP/5  
26 September 1978  
ORIGINAL: ENGLISH-SPANISH

PROVISIONAL VERBATIM RECORD OF THE FIFTH PLENARY SESSION  
ACTA PROVISIONAL TAQUIGRAFICA DE LA QUINTA SESION PLENARIA

<u>President:</u>	Mr. H. J. Preudhomme	Grenada
<u>Presidente:</u>		
<u>Later:</u>	Dr. Julius B. Richmond	United States of
<u>Más tarde:</u>		America

### Contents Indice

- Item 12: Reports of the Member Governments of the Organization on Public Health Conditions and Progress Achieved During the Period between the XIX and XX Pan American Sanitary Conferences (continued)
- 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 XIX y la XX Conferencia Sanitaria Panamericana (continuación)
- Item 4: Report of the Working Party to Study the Application of Article 6.B of the PAHO Constitution
- Tema 4: Informe del Grupo de Trabajo para estudiar la aplicación del Artículo 6.B de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud
- (continued overleaf)  
(continúa al dorso)

Note: This verbatim record is provisional. Delegates are therefore requested to notify Document Services (Room A-I) of any changes they wish to have made in the text. The texts of the verbatim records will be published in the Proceedings of the Meeting.

Nota: Esta acta taquigráfica es provisional. Se ruega a los señores Delegados tengan a bien comunicar al Servicio de Documentos (Hab. A-I) las modificaciones que deseen ver introducidas en el texto. Los textos de las actas taquigráficas se publicarán en las Actas de la Reunión.

Contents (cont.)  
Indice (cont.)

- Item 12: Reports of the Member Governments of the Organization on Public Health Conditions and Progress Achieved During the Period between the XIX and XX Pan American Sanitary Conferences (continued)
- 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 XIX y la XX Conferencia Sanitaria Panamericana (continuación)

- ITEM 12: REPORTS OF THE MEMBER GOVERNMENTS OF THE ORGANIZATION ON PUBLIC HEALTH CONDITIONS AND PROGRESS ACHIEVED DURING THE PERIOD BETWEEN THE XIX AND XX 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 XIX Y LA XX CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA (continuación)

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

Dr. RICHMOND (United States of America): The subject we are addressing, the four-year report by each country on progress in health conditions, should, in a real sense, cause us to reflect, at the same time, on our work as Members of this Organization. As President Carter pointed out in his Statement on International Health this past May, "In a world growing more interdependent day-by-day, we increasingly share each other's distress and dangers, as well as the fruits of mankind's successes." As we review our progress and the progress of our colleagues in the Region in advancing the level of well-being of our peoples, it is therefore important that we also consider the role of PAHO's support activities in furthering this progress. It is, moreover, important to consider how we as Member Governments, are fulfilling our responsibilities in assuring that the Organization's resources are most efficiently utilized for the greatest good of the greatest number, according to determined priorities.

I will give only a brief overview of the U. S. situation, and highlight a few areas that I feel are most pertinent to the issues before us. A more complete U.S. report will be available for interested delegations.

In the United States, every federal health care agency is committed to improving access to affordable, quality health care for all citizens. During the past four years, priority attention has been focused on access to services, prevention, knowledge development, and various regulatory activities. In addition, a growing awareness on the part of consumers is being fostered, so that they may assume more responsibility for their own health, and learn how to use the health care system more appropriately and effectively.

In reviewing U.S. health status indicators, we find that there has been a steady decline in mortality from the 1972 levels for every age and racial group, both male and female, of the population. In a country with a population of very heterogeneous background, this is very significant.

The decline in infant mortality was particularly marked, dropping from 18.5 infant deaths per 1,000 live births in 1972 to 15.2 per 1,000 in 1976. The provisional estimate for 1977 was 14.0 infant deaths per 1,000 live births. This decline of nearly 25 per cent over a five-year period was unusually rapid as compared to the experience of the United States of America during the past half century. Evidence shows that the rate of decline has been approximately equal for each birthweight group over 1,000 grams. Since past declines had been primarily in the birthweight groupings over 2,500 grams, the recent rapid decline in mortality for low birthweight infants is noteworthy.

The overall adult mortality rate reflects a decline in a wide variety of cause-specific rates. Nearly half the deaths in the United States of America are attributed to cardiovascular causes. Death rates for hypertensive heart disease, rheumatic heart disease, and cerebrovascular diseases continued the decline that has been occurring for the past several decades. Death rates from ischemic heart disease, which began to decline during the late 1960s, continued to do so during the 1973-1977 period.

Malignant neoplasms constituted the only major category of causes which did not show a decline during the 1973-1977 period. The experience was mixed, with declines in age-specific death rates for each of the age groups under 65, but with increases in those over that age. Whereas death rates for cancer of certain sites have been declining, those for cancers of other sites, particularly lung cancer, have been increasing.

In 1976 there was an outbreak of an initially mysterious disease that caused pneumonia among 180 persons who had attended a convention in Philadelphia. There were nine deaths. Investigations led to the discovery of a previously unrecognized agent, the Legionnaire's disease bacterium. Further study revealed this agent to have been the cause of unsolved epidemics a decade earlier, and a continuing cause of sporadic infections throughout the United States and Europe. I would like to acknowledge the brilliant research effort involved in elucidating the cause of this disease.

Since we are meeting in the Caribbean, it is appropriate to comment briefly on the health status of Puerto Rico and the U. S. Virgin Islands.

The transformation of Puerto Rico in the last 30 years has been impressive. Life expectancy has increased from around 50 years to more than 70 years, reaching one of the highest indices in the world. Infant mortality has been reduced to levels very close to those of the most advanced countries. Tropical diseases like malaria and filaria have been eradicated and bilharzia considerably reduced from 60 per cent to less than 5 per cent. However, today, dengue, with three strains of viruses and two epidemics in one year, has mobilized a combined effort in research

and control of the federal and local health authorities without precedent for this disease. To meet the challenges of the island's public health needs today, more attention is being given to the specific requirements of the family and to primary health care.

In the U.S. Virgin Islands as well, progress has been substantial. Priority is now focused on complete immunization of all children, hypertension control, and the development of more adequate hospital facilities.

In 1977, the Federal Health Agencies began special efforts in several specific areas of prevention, including childhood immunizations, adolescent pregnancy, smoking, and sexually transmitted diseases. We have seen a decline in measles and we may look forward to the virtual elimination of the disease in the United States of America.

To provide greater impetus for the development of national policy and strong federal leadership in the areas of health promotion and disease prevention, we are planning to present a Surgeon General's report on disease prevention to President Carter and Secretary Califano next month.

In closing, I would like to return to the broader implications of health status for this Region and even the world. Many of the countries' specific health problems which will be enunciated here today go beyond national boundaries. As Secretary Califano said before the World Health Assembly this past spring, "These world health problems are so immense that they may be beyond the capacity of individual nations to solve. But we have seen how much can be accomplished when the nations of the world combine their resources, their knowledge, and, above all, their will." As sister States in this Hemisphere we share a commonality of interests and, indeed, the same basic values. It is important that we work together in a frank, straightforward manner and in a spirit of mutual respect and trust.

The PRESIDENT: I now call on the distinguished Delegate of El Salvador.

Report of the Delegation of El Salvador  
Informe de la Delegación de El Salvador

El Dr. ESCALANTE (El Salvador): Señor Presidente, señor Director, señores Ministros de Salud y distinguidos Delegados. Aprovecho la oportunidad para presentar un saludo a ustedes y a los pueblos representados por ustedes, de parte del pueblo y el Gobierno de El Salvador. Paso a poner a su consideración un resumen de las actividades tomadas y progresos alcanzados en las acciones de salud en el último cuadrenio en mi país.

El cuadrenio de 1974 a 1977 coincide con el final del Plan Quinquenal de Salud de mi país de 1973 a 1977, de modo que en el cuadrenio se continuó la política y programa del Plan Quinquenal, incrementándose la mayoría de los programas y sus coberturas, por lo que se juzga que la salud de los habitantes no se ha deteriorado, al contrario, se observan muchas mejoras.

Población. La densidad de población de 1973 era de 190 habitantes por kilómetro cuadrado, y en 1977 era de 202 habitantes por kilómetro cuadrado. Esta densidad es de la más alta de América continental y se encuentra entre las primeras del mundo. La población es joven: 45.2% lo constituyen los menores de 15 años. El 3.4% lo forman los mayores de 65 años, el grado de descendencia es aproximadamente el 1 a 1. Es decir que por cada persona de 15 y 64 años existe un descendiente menor de 15 años o de 65 años y más. El 60% residen en el área rural. La natalidad continúa siendo alta y en la mortalidad general persiste una ascendencia decreciente, ambas determinan un crecimiento vegetativo elevado. La mortalidad infantil no se ha modificado y la mortalidad de los menores de cinco años refleja un ligero descenso entre los años de 1973 a 1977. En general, se observa una disminución de las tasas de fecundidad en todos los grupos de edad fértil y las tasas de reproducción también han descendido.

De acuerdo al último censo nacional de población, en 1971, el promedio nacional de alfabetismo resultó de un 70%.

Durante el período 1976-1977, la matrícula estudiantil general aumentó en un 27%. Un análisis estructural muestra un aumento notorio de inscripción de pre-escolares enseñanza básica y media, también el crecimiento de la inscripción universitaria. Por ejemplo, el ingreso de medicina, odontología, química y farmacia aumentó de 18,648 en 1973 a 27,737 y, según expectativas de la Facultad de Medicina, de 1978 a 1982 se espera que egresen 1,356 nuevos médicos. El presupuesto para educación de 115 millones de dólares representa el 23% del presupuesto nacional.

El 54% de la población económicamente activa lo forma la agricultura, silvicultura, caza y pesca. El producto nacional bruto por habitante subió de EUA\$406 a \$522 en 1976. El 59% de la población urbana está servida de agua



potable con conexión intra-domiciliar. La población urbana es beneficiada con servicios de alcantarillado en un 34.1%, aproximadamente unos 650,000 habitantes.

Durante el cuatrienio se incrementó el número de nuevos establecimientos de salud, especialmente a nivel periférico rural, con 42 puestos de salud y 21 unidades de salud. El personal aumentó de 8,747 a 10,824, es decir un 24%, y en la distribución de plazas se beneficiaron las regiones más pobres de recursos. El presupuesto del Ministerio pasó de EUA\$22 millones a \$50 millones, representando el 12% del presupuesto de la nación.

Actividades, normas y procedimientos. Se actualizaron normas y procedimientos para los distintos programas y sus actividades: Atención Médica y Odontológica, Maternoinfantil y Planificación Familiar, Nutrición, Epidemiología, Malaria, Tuberculosis, Salud Mental, Educación para la Salud, Enfermería, Estadística, Administración e Ingeniería y Arquitectura. Todos estos son objeto de revisión constante. Se definieron las funciones para los tipos de personal y niveles de atención, y se elaboró un Manual Nacional de Supervisión. Todas ellas constituyen la herramienta básica de trabajo para el adecuado funcionamiento de un determinado servicio y la forma más eficaz para que el personal pueda seguir una metodología uniforme en el cumplimiento de metas establecidas en cualquier plan nacional de salud.

La asistencia médica integral comprende la consulta ambulatoria y la hospitalaria. La atención ambulatoria es preventiva y curativa. Comprende la consulta por médicos y odontólogos y la asistencia por el personal de enfermería y, en los años 1976 y 1977 también la asistencia por los ayudantes rurales de salud. La asistencia ambulatoria aumentó progresivamente durante el cuatrienio del informe.

La consulta médico-odontológica alcanzó una cobertura de 64% y agregada a la asistencia de enfermería y de ayudante rural de salud dicha cobertura llega al 91%. Este aumento fue generado por 1,224 plazas nuevas, que significan un incremento de 29% sobre el año 1973, y el aumento de 66 nuevos establecimientos de salud y de 130 nuevos ayudantes rurales de salud.

Con respecto a la asistencia hospitalaria, la dotación de camas no ha variado de 1973 a 1977, pero, en proporción al 85% de la población que se debe atender, hay una disminución de 1.8 al 1.6 por 1,000 para 1977. Sin embargo, en 1977 se mejoraron el giro de camas y el número de días de estancia. La asistencia de partos y abortos da las siguientes cifras: la cobertura sobre el 85% de partos fue de 34% en 1973 y de 38% en 1977. La mortalidad materna ha disminuido del 4 por mil al 1.4 en 1977.

En 1974, entre los escolares de 7 a 14 años, el 87% padecía de caries. Se decidió, por lo tanto, que la consulta odontológica fuese impartida a tres sectores principales: gestantes, escolares y el resto de la población. En 1974 se creó el programa de Salud Oral, en el cual los escolares de las escuelas diurnas oficiales del país hacen colutorios que dos veces por semana, con una solución de fluoruro de sodio al 0.2%. El programa se fue incrementando gradualmente: en 1974, se atendió al primer grado; en 1975 al

primero y al segundo grado, y en 1977 se llegó hasta el cuarto grado con una cobertura de 539,628 escolares. Este programa es el fruto de la coordinación entre el Ministerio de Salud que planifica, asesora, financia, supervisa y evalúa, y el Ministerio de Educación que lo ejecuta y supervisa. En 1976 se realizó una evaluación en niños que durante dos años practicaron los colutorios, y se encontró que esta vez el 78% de niños padecen de caries dental y que hay una reducción del 35% de los dientes atacados por caries.

Epidemiología y vacunaciones. Estos programas alcanzaron progresos al incrementarse la cobertura de la población de los menores de un año. Al estudiar la mortalidad y morbilidad se nota el descenso de ambas, principalmente en aquellas enfermedades como la tuberculosis, las respiratorias, el tétano, difteria y tos ferina, contra las cuales se ha programado la vacunación durante más de dos décadas. No se puede decir lo mismo con respecto al sarampión.

En este caso la vacunación que se inició en 1973, pero por las características especiales del manejo de la vacuna, de su conservación, y por problemas administrativos, no se alcanzó la cobertura indicada para que tuviese suficiente impacto, y eliminase los brotes epidémicos como los que ocurrieron en los años 1976 y 1977.

Tuberculosis. La tuberculosis respiratoria, enfermedad cuya hospitalización produce más días-paciente y mayor número de días no trabajados, ha disminuido en forma gradual y continua. De este modo, la mortalidad por 100,000 habitantes en 1969 fue de 124 casos, en 1973 de 89, y en 1977 de 55. La mortalidad por 10,000 habitantes también va en descenso, 11 en 1969, 9 en 1973 y 5 en 1977. Gracias a la vacunación con BCG, iniciada en 1950, a las estrategias de búsqueda de casos, a la quimoprofilaxis y a la utilización de nuevas y más efectivas drogas y al tratamiento ambulatorio, se estima que hay un adelanto satisfactorio en la lucha contra la temible peste blanca.

Programas nuevos. En 1976 se iniciaron dos nuevos programas: a) control de parasitismo intestinal en niños pre-escolares y alumnos de los tres primeros grados urbanos y rurales, el cual ha beneficiado la cantidad de 450,000 niños cada año; b) control de diarrea en niños menores de dos años con un tratamiento adecuado acompañado de educación para eliminar la mortalidad de este grupo de edad.

Malaria. Hace 20 años, El Salvador informó en la XV Conferencia Sanitaria Panamericana realizada en Puerto Rico, que el *Anopheles altimanus*, el único vector reconocido en el país, era resistente al dieldrin. Este vector continúa siendo resistente a los últimos y más modernos insecticidas y nos ha provocado cambios de estrategias en el uso de insecticidas y drogas antimaláricas. Después de evaluar esta situación durante el último año de este informe, la Dirección de Malariología estudió el plan de reorganización, el cual se ha iniciado en 1978. En medio de estos problemas técnicos se estima necesario resaltar la participación de las comunidades rurales y a través de sus colaboradores voluntarios, sin salarios, atienden casos febriles y administran tratamientos supresivos, lo cual ha contribuido a disminuir la incidencia de la enfermedad y también a disminuir la mortalidad causada por la malaria.

Maternoinfantil. Durante la época de este informe, la política de salud del Ministerio confirió prioridad a los programas maternoinfantiles y de planificación familiar. Con la colaboración de organismos internacionales, desde el año de 1975 estos programas incrementaron sus actividades en cantidad y calidad al recibir un aumento programado de recursos humanos, como ser médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, auxiliares de estadística y ayudantes rurales de salud, así como también equipo quirúrgico, medicamentos y material educativo. Todos ellos sirven de apoyo a las actividades de adiestramiento que durante el año de 1977 cubrieron 3,044 trabajadores de varias disciplinas. La División Maternoinfantil y Planificación Familiar forma parte del Comité Técnico de Población, que asesora y ejecuta las decisiones de la Comisión Nacional de Población.

Nutrición. Se han llevado a cabo las siguientes actividades: a) evaluación de los servicios de educación y recuperación nutricional, la calidad de los indicadores utilizados en un sistema de vigilancia nutricional; b) adiestramiento para administradores de centros de salud y auxiliares de dietistas de hospitales; c) programación y evaluación, guías de programas integrados de nutrición para las normas maternoinfantil; d) asesoría intersectorial sobre alimentación y nutrición, preparación de solicitud de alimentos al PMA para el proyecto educación nutricional y alimentos y alimentación complementaria para grupos vulnerables; e) colaboración internacional con INCAP y con CARITAS, Fundación Norteamericana para ciegos de Ultramar, en la clasificación funcional de los problemas nutricionales en El Salvador, la adecuación de la vitamina A en la población salvadoreña y la evaluación de la xerofthalmía y programa de profilaxis en masa de la vitamina A en El Salvador.

Saneamiento rural. Durante el cuatrienio se duplicaron las instalaciones de acueductos rurales, así como las letrinas instaladas. El presupuesto de 1970-1973 para acueductos rurales aumentó de EUA\$623,000 a \$1,971,600. El presupuesto para la construcción de letrinas se incrementó de EUA\$105,000 a \$247,000, de modo que en 1973 la población rural cubierta con agua potable era de unos 620,000 habitantes, es decir el 28.5%. Para 1977 aumentó a casi 1 millón de habitantes, es decir un 36.7%. Con respecto a letrinas instaladas en 1973 existía una cobertura del 10.6%, aumentando en el año 1977 a un 21%. La población rural se ha beneficiado a través de lo que se puede lograr con el control de 245 beneficios de café y 14 ingenios de azúcar que disminuyeron la polución de los ríos y formación de criaderos de moscas y mosquitos.

Señor Presidente y señores Delegados, manifiesto que en mi país existe un reconocimiento y gran satisfacción porque se están produciendo actividades prácticas de las resoluciones enunciadas por organismos internacionales, que tienen el fin de colaborar técnica y económicamente para mejorar la situación de la salud a través de la cooperación con los países que la necesitan. En nombre de mi Gobierno y de todos los salvadoreños, agradecemos en grado sumo a tales organizaciones internacionales y a los Gobiernos que colaboran con mi país. Muchas gracias señor Presidente.

The PRESIDENT: I now call on the distinguished Delegate of Honduras.

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

El Dr. COUSIN (Honduras): Señor Presidente, señores Delegados, el momento es propicio para darles un cordial y fraterno saludo de parte de mi Gobierno para todos y cada uno de ustedes.

Honduras es un país tropical situado en América Central con una superficie de 112,088 km<sup>2</sup>, dividido en 18 departamentos con un total de 283 municipios y aproximadamente 18,000 aldeas, con una población total de 3,438,000 habitantes. Cada departamento cuenta con una cabecera que es la sede del gobierno departamental. La capital es Tegucigalpa, que tiene alrededor de 350,000 habitantes.

Los esfuerzos de reconstrucción realizados para recuperar las áreas afectadas por el huracán Fifi, y la ejecución del Plan Nacional de Desarrollo se conjugaron con factores externos muy favorables, los que permitieron superar, en los últimos dos años, el receso económico que se vio sumido el país durante 1974 y 1975, obteniéndose un crecimiento real promedio para 1976 y 1977 superior al 6%.

Enmarcado en el Plan Nacional de Desarrollo se ha manifestado un mejoramiento sensible en el papel del sector público como promotor del desarrollo, citándose entre los hechos de mayor impacto: la ejecución de altos niveles de inversión pública real, significando un crecimiento promedio en los últimos cuatro años cercano al 25% en términos constantes; la ampliación en los servicios que presta el Gobierno en extensión agropecuaria, salud y educación; el otorgamiento de montos considerables de crédito y/o aporte financiero para fomentar la producción agropecuaria, forestal e industrial; la mayor captación de recursos internos y externos para el financiamiento del desarrollo; la creación o reorganización de instituciones gubernamentales para adecuarla a proceso de cambio; la recuperación, explotación, industrialización y comercialización de la madera, y la derogación de los contratos bananeros.

Delimitación del sector. En el marco del Plan Nacional de Desarrollo, el Ministerio de Salud Pública, como entidad rectora del sector, logró un importante apoyo político y financiero ejecutando en 1977 un 11% del gasto público. El sector salud está constituido básicamente por el Ministerio de Salud Pública con su infraestructura, el Instituto Hondureño de Seguridad Social, que cubre alrededor del 4% de la población total, y el subsector privado que solo ofrece servicios en grandes centros poblados y al que es accesible toda la población que cuenta con capacidad de compra.

Bases conceptuales de la política de salud. A partir de 1972 el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social fundamentó todo su trabajo

alrededor de una política de salud: la extensión de la cobertura de los servicios de salud a toda la población del país. Las condiciones apremiantes de la realidad de salud del país, las caracterizadas por una alta prevalencia de enfermedades transmisibles, incluidas las inmunoprevenibles, como causales de una alta morbi-mortalidad, por una baja cobertura de la atención de salud, incluida la atención médica directa, por una baja cobertura en vacunaciones, por deficientes condiciones de saneamiento ambiental. El análisis institucional y de prestación de servicios demostraban la inexistencia de niveles de atención definida, de falta de planificación de la infraestructura física, del equipamiento, de los recursos humanos, de los suministros y del presupuesto. Demostraban también la ausencia de programación de actividades, objetivos y metas tanto de largo, mediano y corto plazo; la ausencia de una regionalización como un proceso de distribución de recursos de acuerdo a necesidades, y de descentralización administrativa.

La extensión de la cobertura de los servicios de salud consiste fundamentalmente en la búsqueda y aplicación de los mecanismos necesarios para poner al alcance de toda la población tanto individual, familiar y comunitaria, la atención básica sanitaria que le permita la satisfacción de sus necesidades primarias de salud, con su amplia participación y aceptación y procurando una estrecha vinculación con el desarrollo social y económico de la comunidad. El programa se basa en la identificación de las necesidades primarias de salud de la población, y en atender necesidades sanitarias básicas que exigen una solución urgente, y que pueden ser atendidas a un costo que esté al alcance del país y de la misma comunidad.

El conocimiento de los problemas sanitarios de la comunidad, de la familia y del individuo en su medio determinan las acciones de salud que será necesario desarrollar. La concepción de la cobertura de salud arranca precisamente de ese concepto básico, considerando al individuo como el sujeto y el objeto de la salud, y dentro del ideal de hacer de cada persona un agente de salud. La atención sanitaria y su extensión a todos los individuos no puede realizarse sin la amplia participación de estos últimos.

Se concibe entonces al hombre como un productor de salud y no solo un receptor de sus acciones. La comunidad debe tener un profundo conocimiento de su realidad de salud, deberá poder identificar sus problemas fundamentales y deberá participar intensamente en la búsqueda de soluciones apropiadas, siendo además un elemento activo en su planificación y ejecución y constituirse en la garantía de la conservación de la salud individual y comunitaria.

El sistema institucional de salud debe organizarse para brindar el apoyo a estas actividades. Este apoyo se basa en la adecuada transferencia de tecnología, en la receptibilidad de la referencia ante los diferentes niveles de atención, la transferencia de recursos, apoyo logístico, supervisión y evaluación. La amplia participación comunitaria, la readecuación del sistema formal de servicios de salud basados en la identificación de los problemas de salud y el esfuerzo mancomunado para desarrollar las acciones sanitarias más convenientes, para obtener un real impacto en el

nivel de vida de la población y una verdadera accesibilidad a los servicios, constituye en suma la meta de la extensión de la cobertura de los servicios de salud a todos los hondureños.

La prestación de los servicios de salud en Honduras se ha caracterizado por su orientación a la medicina curativa, a la cual tiene acceso únicamente una minoría de la población, quedando grandes sectores sin ningún tipo de atención. Resulta prácticamente imposible pretender extender los servicios dentro de este esquema, resulta prácticamente imposible, no solo por su alto costo, sino porque tampoco modifica el esquema sociológico de la salud y de la prestación de atenciones de salud considerada como la facultad de "dar salud" de un grupo de personas más o menos diferenciadas del resto de la comunidad y a las cuales se les atribuye esta capacidad y no con la idea de los individuos y la comunidad como productores de salud.

La inaccesibilidad física, geográfica, cultural y funcional de la población a los servicios de la salud, que en Honduras se estimó en 1962, era del orden del 55%. A esto se agrega la inaccesibilidad por el rechazo que del paciente se hace en los centros asistenciales. Esta circunstancia hace que se incremente el grupo de población realmente iraccesible a los servicios de salud a pesar de que pueden estar dentro de la población clasificada como "accesible". Vista así, la extensión de la cobertura de los servicios de salud no es un simple acto mecánico de aumentar y derivar recursos hacia grupos de población antes desprotegidos en base a una tecnología adecuada. Esta extensión debe involucrar cambios de actitud y de relaciones entre los seres humanos de manera que la salud sea vista como un bien común y un derecho inalienable de todos, de lo cual todos los individuos son partícipes y responsables de su sostenimiento y conservación.

El divorcio entre el tipo de atención de salud que se brinda y la situación socioeconómica de la población, da como consecuencia el alejamiento, la pérdida de las posibilidades de producir un impacto en la salud y el aumento de la brecha entre los que tienen acceso real a la salud y de aquellos que no la poseen, fortaleciendo una medicina de privilegios destinada a un pequeño núcleo de población, en detrimento de grandes grupos en los cuales será posible dar atención de salud adecuada si la distribución de los recursos realmente fuera en base a las necesidades existentes.

La posibilidad de lograr una integración con estos grupos de población en la búsqueda de mejores niveles de salud debe partir de la premisa de una participación activa y una identificación de sus problemas sanitarios. El análisis de los indicadores de salud (prevalencia de enfermedades por insuficiente saneamiento del medio inmunoprevenible) nos lleva a la conclusión de que los campos de atención primaria de salud sobre los cuales se deben destacar recursos son los siguientes: nutrición adecuada, saneamiento ambiental que incluye una adecuada disposición de excretas y desechos sólidos, agua potable, control de vectores, vacunaciones, atención del niño y de la madre, educación en salud a la comunidad sobre métodos más eficaces de enfrentar sus problemas de salud, y el tratamiento simplificado de enfermedades más frecuentes dentro de la comunidad.

Estos problemas primarios de salud pueden enfrentarse con una tecnología relativamente simple, de fácil manejo, con amplias posibilidades de extensión de cobertura, y dirigidas a la población que actualmente no tiene acceso a los servicios convencionales de salud y, lo que es trascendental, la producción de un real impacto en el nivel de salud del país, ya que son precisamente esos grupos humanos los que contribuyen a conformar nuestra típica estructura de morbilidad y dan el peso grueso que condiciona a los actuales indicadores de salud.

La manera de enfrentar y desarrollar acciones para la solución de sus problemas tiene que partir de las características propias de la comunidad. Es substancial que la persona que ejerza las acciones específicas sanitarias pertenezca a la misma comunidad aún en el caso de que sea parte de un sistema institucional y que reciba un salario del Estado. Evidentemente, cuando el agente de salud es un voluntario de la comunidad como el guardián de salud, el representante de salud y la partera empírica adiestrada, este debe obligatoriamente pertenecer y ser elegido por la comunidad en la cual trabaja.

Para algunos grupos minoritarios, los problemas básicos de salud son substancialmente distintos a la gran mayoría de la población, y puede decirse que la atención básica de salud en estos grupos también es distinta, pero no debe ser exclusiva ni excluyente. Esto nos hace concluir que el enfoque de los problemas de salud debe ser total e integral y la orientación de los recursos debe estar determinada por las necesidades reales y, por lo que es más importante, el buscar beneficios a toda la población con medidas que contribuyan a elevar su nivel de salud.

La adecuación de los servicios de salud en base a esta nueva visión es fundamental; la aceptación por parte del trabajador de salud, especialmente del médico, debe lograrse. Es necesario hacerle comprender que sus funciones se amplían y se vuelven más valiosas en lugar de restringirse y perder alcance.

La comprensión del trabajador formal de salud en el sentido de que la reacción principal de su trabajo es el brindar la ayuda y colaboración que la comunidad le solicita, el que sus labores diarias no son esa cosa aparte o aislada de los individuos que conforman su comunidad, sino que es un efecto recíproco en la cual la salud y bienestar es un bien común para cuya consecución se deben aunar esfuerzos comunes y no introducir antagonismos.

Para que los hospitales puedan cumplir con la difícil tarea de atender enfermos, es necesaria su reorganización, buscando la eficiencia que les permita responder a la atención de todos los pacientes referidos por los niveles inferiores del sistema, además de proyectarse a la comunidad con las acciones de promoción, fomento y prevención que lo ubiquen como centro de salud y garanticen su articulación con la red de establecimientos del sistema.

La situación no debe plantearse como sustitución de una forma de atención sanitaria por otra, sino que se trata de una racionalización del tipo de atención que se brinda bajo un concepto de equidad y de justicia.

El análisis de los puntos anteriores y las relaciones existentes entre uno y otro, indicaron la abierta disparidad existente entre la naturaleza y características de la salud y de la enfermedad, la forma en que los servicios se han organizado para enfrentar esta problemática, y la ausencia de coordinación entre esa organización y los factores económicos, que determinan el comportamiento de la salud en las comunidades.

Los recursos humanos tecnológicos, físicos y económicos estaban consecuentemente orientados a satisfacer ese tipo de orientación de alto costo. En forma paradójica estos recursos son subutilizados al ser usados frecuentemente en problemas de salud que se podrían enfrentar con una atención menos costosa, de mayor cobertura y más impacto. En la atención de salud convencional, atención médica, que fundamentalmente se presta a través de instituciones complejas como son los hospitales, se han realizado esfuerzos por descentralizar estos recursos por medio de centros de salud atendidos por médicos, especialmente en su servicio social y en aquellas poblaciones de regular tamaño. Esto permitió extender la posibilidad de cobertura, pero las probabilidades de abarcar a toda la población dentro de este esquema resultan muy reducidas, ya que la magnitud de los recursos, tanto humanos como físicos y económicos, estaban por fuera de las posibilidades del país.

Extender ampliamente los servicios primarios de salud, y ubicar estratégicamente la atención más compleja, fortaleciéndola bajo la concepción de organización en función de los servicios básicos de salud, constituye el enfoque integral del sistema de prestación de salud en Honduras.

Existe ahora también el reconocimiento de que la comunidad, desde tiempos ancestrales, tiende en forma específica a enfrentar los problemas de salud con prácticas que en gran medida constituyen respuestas adecuadas, y que pueden ser grandemente mejoradas con su clara identificación y con la introducción de nuevos elementos tecnológicos. La incorporación de todo este bagaje cultural representa una riqueza incalculable, que además rehabilita ciertas acciones de salud que frecuentemente son rechazadas porque no son incluidas en esquemas que están fuera del contexto de la realidad de la comunidad.

Ante los conceptos anteriores, se entiende la política de extensión de cobertura como un elemento que se forma tomando en cuenta las condiciones económicas y sociales de la población, la problemática de salud existente y la organización del sistema de salud.

Dentro de este contexto, se considera fundamental la incorporación a la atención de la población marginada, especialmente la rural. (Honduras posee un 65% de población rural dispersa y con poca accesibilidad a los servicios de salud.) Esta extensión de los servicios de salud está basada en la atención de las necesidades primarias detectadas en la población, el saneamiento ambiental, vacunaciones, nutrición, educación en salud y la atención de enfermedades más comunes.



Se hace necesaria la utilización de una tecnología sencilla, de fácil manejo que puede ser utilizada por personal de la comunidad o por personal institucional con entrenamiento básico de corto tiempo y que implique en términos de unidad y eficacia un menor costo.

La incorporación de esa población a la atención de salud sistematizada implica que la captación de problemas de salud, especialmente asistenciales se aumentará. Es necesario, por tanto, fortalecer la red de establecimientos complejos ubicados racionalmente dentro de un sistema de niveles de atención y complicidad creciente como una supraestructura de apoyo a las atenciones primarias.

Dentro de este esquema se plantearon las dos estrategias fundamentales: primero la reorganización de los servicios de salud y segundo la participación comunitaria en los programas de salud.

Como estrategias de apoyo se fijaron: el desarrollo de los recursos humanos y el desarrollo de la administración tanto normativa como ejecutiva. Esto contempla el diseño de instrumentos de manejo administrativo, la regionalización y descentralización administrativa; la determinación de niveles de atención y referencia, inversiones, y la integración y definición programática.

Dentro de la primera estrategia se organizaron los servicios en base a un sistema nacional de salud, proceso iniciado dentro de la estructura del Ministerio de Salud y con la idea de la futura incorporación del Instituto Hondureño de Seguridad Social, hasta la conformación final del sistema nacional de salud del sector público. Dentro de este esquema se definieron relaciones de organización interna, como es la creación de una sola Dirección General de Salud como conductiva de la ejecución de los programas a nivel nacional y dependientes directamente del Ministro de Salud.

Se realizó la regionalización ejecutiva de los programas dentro de un marco de área geográfica, población asignada, descentralización administrativa, programación y asignación de recursos, y de un equipo de salud formado por personal específico de los programas, epidemiólogos, odontólogos, directores de hospitales, microbiólogos, enfermeras, ingenieros sanitarios, supervisados por un jefe regional dependiente de la Dirección General de Salud.

Para la prestación de atención en el sistema nacional de salud se definieron los dos subsistemas: (1) el subsistema institucional y (2) el subsistema comunitario, enmarcados dentro de seis niveles de atención, definiéndose para cada uno de ellos su nivel de complejidad, normatización de funciones y, consecuentemente, sus necesidades de infraestructura, equipamiento, recursos humanos, suministros, su población de influencia y sus actividades programáticas.

El subsistema comunitario constituye el primer nivel de atención constituido por tres voluntarios de la comunidad: el guardián de salud,

la partera empírica adiestrada y el representante de salud. El primero se encarga de atención de medicina muy sencilla, información y referencia de pacientes, habiéndose adiestrado hasta la fecha 907. La partera empírica adiestrada se encarga del cuidado del embarazo, del parto, información y referencia, teniendo en la actualidad 1,519 de ellas. El representante de salud se encarga de las actividades de organización de la comunidad y promoción en saneamiento ambiental y habiéndose adiestrado en la actualidad 1,025 de ellos.

El subsistema institucional constituye los cinco niveles restantes. El Nivel II está ubicado en un subsector de salud con área geográfica y población determinada con un establecimiento sencillo. Tenemos aquí el Centro de Salud Rural (CESAR), con un auxiliar de salud, y cuyas actividades fundamentales son la atención médica simplificada, el cuidado del niño y la embarazada, apoyo al guardián de salud y a la partera empírica, información, referencia y participación en actividades de educación y promoción de la comunidad. También en este nivel se encuentra el promotor de salud que trabaja conjuntamente con el representante de salud en actividades de organización y promoción de saneamiento ambiental.

El Nivel III ubicado en el sector de salud cuenta con el Centro de Salud con Médico (SESAMO), el cual sirve de apoyo tanto a la comunidad como a los CESAR dentro de su área de influencia. Sus recursos humanos son un médico general, con personal paramédico y administrativo. Posee servicios auxiliares de diagnóstico, rayos X y laboratorios, información y referencia del paciente.

El Nivel IV cuenta con un hospital de tipo rural que sirve de apoyo al Centro de Salud Rural y al Centro de Salud con Médico dentro de su área de influencia. Realiza funciones de atención médica general y se especializa en pediatría, gineco-obstetricia y cirugía, siendo equipado en función de esas atenciones.

En el Nivel V existe un Hospital Regional, que es la institución clave que apoya el resto de las instituciones regionales, cuenta con atención médica general y siete especialidades médicas. Es necesario destacar que en todos estos niveles se desarrollan actividades específicas de atención al medio ambiente. En este nivel se constituye por tanto el centro ejecutor y programático de las atenciones.

El Nivel VI, con una influencia a nivel nacional, tiene como establecimiento representativo al Hospital Escuela, con la máxima complejidad de atención médica, con docencia, investigación, información y la recepción de la referencia en todo el país.

Se procedió también a la concreción de una programación de desarrollo de recursos humanos lográndose hasta la actualidad la formación de especialistas médicos en pediatría y gineco-obstetricia, habiéndose iniciado ya la formación de internistas y cirujanos que iniciarán sus servicios a partir de 1981. Se tienen programas de adiestramiento de técnicos auxiliares en rayos X,

cocina, laboratorio, mantenimiento, nutrición, entre otros. Se han constituido tres centros de adiestramiento de auxiliares de enfermería y de salud, y se produce anualmente un promedio de 250 egresados. Además se han fortalecido los cursos de actualización y educación continuada para todo el personal de salud. Se inició también el trabajo en el campo del desarrollo administrativo, habiéndose obtenido ya una adecuada implementación del sistema de administración financiera, del sistema de información, del sistema de administración de suministros, sistema de mantenimiento y organización.

Para el financiamiento necesario en el desarrollo de todo este sistema se montó un programa de inversiones dirigido fundamentalmente hacia la infraestructura en el saneamiento ambiental, construcción de acueductos urbanos y rurales, y de pozos y letrinas. Con relación a la construcción de establecimientos de salud, el apoyo al desarrollo de los recursos humanos y al desarrollo administrativo durante el último quinquenio, las inversiones del Ministerio de Salud se han quintuplicado, lo que demuestra el franco apoyo brindado al desarrollo de sus programas.

En la definición programática de aquellas áreas de atención directa a la población se consideran como prioritarias las siguientes áreas: El área del saneamiento ambiental, especialmente en los campos de adaptación del agua y adecuada disposición de excretas, en los que hemos alcanzado una cobertura de 44.9% de la población adecuadamente servida con agua potable y un 27.6% con disposición de excretas. En el campo de control de vectores, específicamente del anopheles y del Aedes aegypti ha habido un retroceso que nos ha atraído como consecuencia la elevación de las tasas de malaria, y recientemente, el inicio de una epidemia de dengue que aún asola a nuestro país y hacia la cual ya hemos iniciado una intensa campaña de erradicación. El área de control de alimentos se ha fortalecido notablemente, habiéndose logrado a la fecha una cobertura geográfica nacional de un 90% que se verá complementada en poco tiempo.

Atención a las personas. En el área de epidemiología, especialmente en el área de inmunización, se ha logrado abatir sustancialmente las tasas de mortalidad en sarampión, poliomielitis, tétanos, tuberculosis, difteria y tos ferina, logrando una cobertura de vacunación que oscila entre un 56 y 75%. Esta área constituye aún una de nuestras metas más importantes hasta lograr la total erradicación de estas enfermedades.

Atención médica. Se fortaleció la red de establecimientos que prestan salud habiéndose duplicado el número de centros de salud rural. Se está en proceso de construcción de ocho Centros Hospitalarios de Emergencia (CHE), de dos hospitales regionales y la finalización y puesta en función del Hospital Escuela en la capital de la República. Durante el período, la relación de atención de los habitantes ha aumentado de 0.32 en 1974 a 0.97 en 1977. El número de egresos se ha incrementado en un 40%, los cuales se verán notablemente incrementados con la entrada en funcionamiento de los nuevos hospitales. Se ha obtenido una cobertura de atención de niños menores de un año de un 60% y de la embarazada de un 30% a nivel institucional.

Para finalizar, el Gobierno de Honduras, por mi medio, reitera su fe en la Organización Panamericana de la Salud y la fraternidad de todos y cada uno de sus miembros.

The PRESIDENT: I now give the floor to the distinguished Delegate of Cuba.

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

El Dr. ALDEREGUIA (Cuba): El Informe Cuadrienal que ha presentado el señor Director de la OSP en esta Conferencia permite una visión retrospectiva de los logros obtenidos en los últimos años, así como una visión actualizada de todo lo que debemos hacer todavía para que los pueblos de las Américas alcancen los derechos que les corresponden en el campo de la salud.

Nos disponemos, en apretada síntesis exigida por el tiempo que se nos asigna, a resumir la marcha progresiva en el sector de salud en nuestra patria, como reflejo fiel de los logros que nuestro país alcanza en su proceso general de desarrollo. Esta afirmación confirma el principio esencial de que la salud requiere, para asegurar su continuidad dinámica, la voluntad y decisión nacional y la cooperación internacional que permiten superar los obstáculos políticos, sociales, económicos y profesionales.

El proceso revolucionario que vive nuestra patria desde su mismo arranque ha enfatizado la salud y la educación dentro del conjunto de transformaciones que han tenido lugar. El camino seguido ha permitido resultados que, a nuestro juicio, merecen la atención de países que, como el nuestro, luchan por dejar atrás la tragedia del subdesarrollo, pese a los obstáculos y dificultades con que nos enfrentamos.

Durante los años comprendidos en el cuatrienio los servicios de salud continuaron su evolución progresiva, recibiendo la influencia favorable del desarrollo económico y social armónico del país y a su vez, incidiendo favorablemente en ellos. Cada día mayor número de personas tienen más fácil acceso a los servicios de salud, generando un aumento paralelo de la demanda por atenciones de mejor calidad, exigida además por los adelantos de la ciencia, la técnica y el progreso social.

Gracias a la notable mejoría en las condiciones de vida y a la prestación de una asistencia médica más calificada y generalizada, el perfil de morbilidad en la población se ha modificado favorablemente.

Los principios del sistema se mantienen sin modificación así como sus funciones. Solo es necesario señalar la reciente incorporación de la función de formación de médicos, estomatólogos y enfermeras de nivel superior, que completa la plena responsabilidad del Ministerio de Salud Pública en la tarea de formar estos recursos humanos tan valiosos.

La nueva división político-administrativa del país, en pleno vigor y funcionamiento durante 1977, con el desarrollo de los órganos de los Poderes Populares y del sistema de dirección y planificación de la economía, exigió el ajuste de la organización del sistema de salud. Los niveles administrativos han quedado establecidos en la siguiente forma: El Nivel Central dirige y controla la política del Estado y del Gobierno en lo referente a la atención de la salud del pueblo, y los niveles de provincia (14) y de municipio (169) están subordinados a las Asambleas Provinciales y Municipales del Poder Popular respectivamente. En las instancias municipales y provinciales se mantiene una doble subordinación: normativa y metodológica, al Nivel Central del Ministerio de Salud Pública, y administrativa a nivel de los órganos de los Poderes Populares. Los niveles de atención no han sufrido modificaciones.

En cuanto a la formación de recursos humanos, entre 1959 y 1974 se graduaron en Cuba algo más de 7,000 médicos, y entre 1974 y 1977, 5,063 médicos, lo que significa que entre 1959 y 1977 se graduaron en el país más de 12,000 médicos. En la formación de especialistas se ha continuado el trabajo de perfeccionamiento de los programas, con 2,745 residentes cursando estudios de especialización en este último año.

En lo que respecta a los estomatólogos, en 1973 disponíamos de 1 por 4,300 habitantes aproximadamente y en 1977 contábamos con 1 por 3,590. En cuanto a enfermeras y técnicos medios, desde 1974 hemos mantenido un promedio de graduación anual de 5,500.

En relación con la educación continua ha persistido el progresivo ascenso en su organización y calidad. Como indicador general podemos afirmar que en 1977 se realizaron 13,397 actividades, con un total de 121,958 participantes, dirigidas a profesionales y a técnicos medios.

Con respecto a salud ambiental, el Ministerio de Salud Pública cumple funciones de asesoría, siendo ejecutadas las acciones por los Poderes Populares. En lo referente a la contaminación atmosférica, si en 1974 informamos que se contemplaba la instalación de una red nacional de muestreo y la implantación de medidas preventivas respaldadas por una legislación sanitaria adecuada, en 1977 podemos señalar que contamos con 13 estaciones normadas por la OPS que operan en nueve importantes ciudades y que determinan indicadores básicos de la calidad del aire, así como con un número considerable--distribuidos por todo el país--de puntos fijos de muestreo de polvo sedimentable, de índices de corrosión, de sulfatación, de sulfuro de hidrógeno y de dióxido de nitrógeno.

Se ha establecido en todo el territorio la nueva metodología para el control sanitario de microlocalizaciones y proyectos de obras agropecuarias y sociales, así como de nuevas comunidades, las que llevan en su totalidad sistemas de abastecimiento de agua y de alcantarillado.

Refiriéndonos a los servicios de atención médica, podemos decir que en 1974 contábamos con 336 policlínicos y con un policlínico docente comunitario en fase experimental, y en 1977 teníamos 340 policlínicos, con una

conversión al nuevo modelo de medicina de la comunidad en un 60% y con el funcionamiento pleno de policlínicos docentes comunitarios.

El total de camas en 1977 ascendió a 42,842, lo que representa 4.5 camas por 1,000 habitantes. El plan de construcción de unidades hospitalarias elaborado para el período 1976-1980, y en el que se trabaja actualmente contempla la creación de 12 hospitales con unas 6,000 nuevas camas.

Abordando la participación de la comunidad, si en 1974, las instituciones sociales prestaban un apoyo de gran trascendencia y utilidad a los servicios de salud, ahora la comunidad interviene en un sentido más estricto, pues los usuarios del policlínico toman parte activa en la vida misma de la unidad, de su consejo de dirección, aportando sugerencias, críticas, señalamientos que favorecen el mejoramiento de la prestación de servicios.

En una breve referencia a las enfermedades transmisibles informamos que se continúa dando prioridad al programa nacional de lucha contra las enfermedades diarreicas agudas. Estas enfermedades no aparecen entre las cinco primeras causas de mortalidad general desde 1968. El peso que tuvieron en la mortalidad infantil en 1974, fue de 2.9 por 1,000 nacidos vivos y en 1977 de 2.5.

La fiebre tifoidea continúa manteniendo su característica endemo-epidémica en el país.

Las infecciones respiratorias agudas siguieron siendo durante 1977 causa importante de mortalidad infantil (3.7 por 1,000 nacidos vivos.) En relación con la tuberculosis ha disminuido su incidencia, ya que en 1974 teníamos una tasa de 15.4 por 100,000 habitantes y en 1977 era de 13.1.

La incidencia de sífilis disminuyó de 50.5 en 1974 a 39.3. La blenorragia como resultado parcial de una acción de búsqueda activa de casos, ha aumentado paulatinamente (de 35.2 en 1974 a 85.9 en 1977).

Durante 1977 sufrimos una epidemia de dengue, con 477,440 casos notificados, tomándose medidas tales como una amplia educación a la población y el control del mosquito transmisor, lo que, junto a la identificación del tipo (Dengue tipo I) y a la asesoría que recibimos de la OPS nos ayudó a resolver la situación.

Como consecuencia de la disminución notable de la morbilidad y mortalidad por las enfermedades transmisibles, se ha presentado la problemática de enfrentar también las enfermedades no transmisibles, que cada vez adquieren mayor importancia.

Solo ofreceremos unos indicadores comparativos en relación con la atención maternoinfantil, que sirven para dar a conocer la marcha de este programa. Con el aporte de nuevos recursos humanos y materiales, hemos logrado disminuir la tasa de mortalidad materna de 5.6 por 10,000 nacidos.

1974 a 4.3. La mortalidad infantil también descendió de 29.3 por 1,000 nacidos vivos a 24.6.

En lo relativo a la investigación, podemos resumir su desarrollo diciendo que en 1973 se creó la Dirección de Investigaciones, que complementó el Comité Nacional de Investigación en Salud y en 1974 se creó el Consejo Nacional de Ciencia y Técnica, quedando así formadas las estructuras básicas con la red de institutos ya existentes o de nueva creación, tales como el Instituto de Desarrollo de la Salud. En 1977 se realizaron 706 investigaciones, y se completaron 167 en los Institutos de Investigación y del Sistema Nacional de Salud.

Deseamos terminar nuestro informe haciendo referencia a dos temas que consideramos de sumo interés e importancia. Uno se relaciona con el Movimiento de Países No Alineados, los cuales en su V Conferencia Cumbre (Colombo 1976) y en las dos reuniones de los Ministros y Representantes de Salud del Movimiento de Países No Alineados y otros en desarrollo interesados (Ginebra, 1977 y 1978) abordaron la problemática de salud de los países miembros. Se aprobó en las dos últimas reuniones citadas un Plan de Acción para el campo de la salud, en el que se identifican áreas concretas en las que los países pueden concentrar la cooperación y el intercambio y establecer el cuerpo de ideas esenciales sobre las cuales deben basarse las acciones. Los Ministros y los Representantes de Salud del Movimiento han coincidido en que el camino de las soluciones halladas en esas reuniones convergen con los intereses y propósitos de la OMS, cuyo lema actual de "Salud para todos en el año 2000" será verdad en la medida en que lo sea para los cientos de millones de hombres que conforman la población de las naciones emergentes y que juntos equivalen a casi la mitad de los habitantes del planeta.

La información que hemos ofrecido pretende, por una parte, cumplir una elemental necesidad y deber de poner en conocimiento de esta Conferencia, como parte de la Organización Mundial de la Salud, y por la otra, expresar cómo uno de los Países Coordinadores en Salud del Movimiento de Países No Alineados y otros en vías de desarrollo interesados, nuestro vivo interés de que la Organización Panamericana de la Salud y sus oficinas de Area cooperen en el desarrollo de tareas dirigidas al logro de objetivos del Movimiento, y que coinciden plenamente con la nueva dimensión de la Cooperación Técnica entre Países en Desarrollo.

El otro tema que deseamos abordar tiene en estos momentos una significación especial. Mientras nos reunimos en esta Conferencia para abordar la solución de los problemas de mayor importancia en relación con la situación de salud de nuestros pueblos, atraviesa uno de ellos, el pueblo de Nicaragua, una dramática confrontación en su lucha por alcanzar mejores niveles de vida y de salud, encontrándose sometido a la represión y a la barbarie que representan la antítesis del bienestar a que tiene derecho. Esta terrible realidad conmueve al mundo entero y concita la urgente y necesaria solidaridad internacional.

The PRESIDENT: I now call on the distinguished Delegate of Trinidad and Tobago.

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

Dr. MOHAMMED (Trinidad and Tobago): I am happy to give a brief general overview of the health situation in Trinidad and Tobago to cover the period under discussion.

The thrust of the programs of the Ministry of Health in Trinidad and Tobago has recently been shifted to preventative medicine with special emphasis on primary prevention. The objectives of these programs correspond in principle to those set out in PAHO's goals of the Ten-Year Health Plan for the Americas (1971-1980), but they have been adapted to local situations in recognition of the relationship between health and economic and social development, including living standards.

There are two major general hospitals, six district hospitals, and four specialized institutions which provide inpatient and outpatient services. This is augmented by a network of 102 health centers strategically located in various parts of the country. They offer a wide range of services which include: maternal and child health care; nutrition; immunization; epidemiological activities; treatment of chronic diseases, minor illnesses and injuries and endemic diseases; dental care; mental health care; health education; specialized services in selected areas for venereal disease control, leprosy, and tuberculosis. Selected health centers in strategic areas offer a 24-hour service to the public, including maternity care and ambulance services for emergency cases.

About 40 health centers, a new nurse's training school and a maternity hospital of 110 beds are being constructed with the collaboration of the World Bank and the Inter-American Development Bank (IDB).

The Government of Trinidad and Tobago has decided to establish a medical school with a dental faculty and facilities for training nurses, pharmacists and other allied health personnel. This will provide new facilities and improve existing ones which are vital to the extension of the coverage of health services and to primary health care programs.

A National Epidemiological Surveillance Unit, in collaboration with the Central Statistical Office, provides regular up-to-date data on population and vital statistics, mortality, and morbidity. Morbidity from communicable diseases is reported routinely, on a weekly as well as daily basis in the case of diseases under special surveillance.

The total mid-year population estimated for 1978 shows an increase of 1.4 per cent over the population of 1974 (1,066,950). The present population is about 1,200,000. Women of child-bearing age account for about 24 per cent of this population. Community health services have been geared to meet the corresponding needs in the areas of maternal and child health.



A school for training dental nurses was established in 1975 with the help of PAHO and the United Nations Development Program (UNDP). These nurses will be involved in the school's dental program and will help considerably to bridge the existing gap in services occasioned by a serious shortage of dentists. This is a regional project which provides places for students from other Caribbean territories. Training of dentists is to be undertaken when facilities at the proposed new medical school at Mount Hope are established.

In 1975 we introduced legislation making it compulsory for all children of school age to be immunized before they enter school. This has proven to be a great success and almost 100 per cent of such school-age children are immunized. The diseases are smallpox, poliomyelitis, diphtheria and tetanus.

A Mental Health Act was proclaimed in 1975, and in that year, the implementation of a community mental health program began. The country has been divided into five sectors for the provision of this service. It is intended that each sector should be served with beds for acute cases, decanting centers, outpatient clinics and follow-up service in the home, thus allowing for treatment of the patient nearer home and for earlier discharge and rehabilitation.

Progress has been made in the implementation of a comprehensive program for environmental sanitation, which includes food inspection, Aedes aegypti eradication, water quality control, control of endemic diseases, refuse collection and disposal, emptying of septic tanks and privy cesspits. Improved services are planned in all these areas. With the aid of PAHO, an expert has prepared a comprehensive report which is now being studied by the Government of Trinidad and Tobago.

Trinidad and Tobago decided upon a course of eradication of this vector and commenced a campaign in 1975, which was estimated to achieve eradication in five years at a cost of \$23.7 million.

During 1977 and 1978 there have been outbreaks of dengue fever which led to a reevaluation of the current program. The indices in some parts of the country are still high and a revised plan is now in operation. It includes aerial spraying and a massive environmental sanitation effort.

Trinidad and Tobago remains free of malaria, except for the occasional imported case. This emphasizes the threat of reinfestation.

Since 1974, a steady decrease in the number of cases of gonorrhoea created at government institutions has been recorded. The number of cases of syphilis has decreased only slightly.

It has been decided to phase out the leprosarium on the Island of Chacachacare and to integrate the treatment of patients with services provided in the community where the people live.

Perhaps the most significant activity has been in the area of improvement of health facilities. These changes are designed not only to improve, but also to extend health coverage throughout the country and maximize the capability of the Ministry of Health to deliver health care and manage the health services.

A loan agreement with IDB was concluded in October 1974 with provision for the following components: construction of 31 health centers; a consultancy for the examination and development of recommendations for the improvement of all areas of Headquarters administration and the San Fernando General Hospital; fellowships for hospital engineers; training of nurse practitioners to facilitate the introduction of an expanded role for nurses in the health services. Some of these health centers have been completed and are in use. Others are due to be completed within the next three or four months. The consultancy has been completed and proposals have been put to the Government. PAHO has awarded two fellowships for engineers. The nurse practitioner program is still in the planning stage.

In the meantime work continued on the projects covered by an earlier World Bank loan agreement. Four health centers with delivery units were completed in Trinidad and one delivery unit in the sister Island of Tobago. The construction of a 100-bed maternity hospital is well advanced and this facility should be ready for public use by January 1979. A new nurses hostel and training school is nearing completion.

Extensive physical improvements were decided upon and planned for mental health. A new ward for boys was completed at the main psychiatric hospital. A similar ward for girls is under construction. A separate building was acquired for the establishment of further rehabilitation services. Four decanting centers will soon be constructed on the grounds of existing district hospitals to accommodate a large number of patients who need only custodial care and who are now occupying much needed treatment beds in the psychiatric hospital.

Every effort is being made to bring about physical improvements and to provide a wider range of services at two country hospitals and two district hospitals. It is expected that very shortly a technical cooperation agreement with IDB will be concluded to provide the services of consultants for the purpose of preparing architectural designs for the proposed buildings in the next few weeks.

The redevelopment of the two general hospitals is also receiving attention. A specialist firm of international repute has been engaged to prepare designs.

No report covering this period would be complete without referring to the Caribbean Epidemiology Centre (CAREC), which was established in January of 1975, and is being managed by PAHO. This center serves the Caribbean area and provides services in three main areas: (1) the consolidation of disease surveillance through manpower and laboratory back-up services in epidemic

situations; (2) the provision of training to various categories of health personnel--679 persons received training in 1977; (3) the undertaking of research projects relevant to the area which it serves.

During the three years of its existence this unit has proven its worth in a number of situations. The result is that increasing demands are being made upon its services, necessitating a corresponding increase in personnel. It has also been necessary to extend physical facilities and provide additional equipment. It is estimated that the cost of operations envisaged in 1979 would exceed the proposed PAHO budget from regular funds. Consideration should therefore be given to this need. The Government of Trinidad and Tobago has provided funds to meet the cost of physical expansion to the building which now houses CAREC. This research body works in close collaboration with the Communicable Disease Center in Atlanta, and is providing an essential service which was previously nonexistent in the Region. I now appeal to the Director to arrange for the early upward revision of the core budget of CAREC, so that the excellent work can be continued and expanded in the Region.

Mr. President, this brief report serves to give some idea of what we have been doing in Trinidad and Tobago. We are committed to providing high-level health care to all by the year 2000, as we recognize that health is a basic human right. We are mindful of the decisions of PAHO meetings, WHO resolutions, with special emphasis on the Alma Ata Conference decisions, as well as of decisions of our Caribbean Health Ministries Conference.

In conclusion, Mr. President, let me now repeat what I said at last year's PAHO meeting in Washington, at WHO, last May in Geneva, and yesterday morning. Our meetings are too many, too frequent and not well organized. I call on the Executive Committee to consider urgently the following: (1) ministerial meetings should be held once every two years; (2) documentation should be more concise and less bulky; (3) the duration of ministerial meetings should not be more than four to five days; (4) our technical and administrative officers should spend more time discussing and exchanging ideas at meetings; our technical and administrative officers should meet before the ministers meet, examine all reports and documents, and then present reports for ministers.

I am afraid, Mr. President, the present structure of our meetings leaves much to be desired. I am of the view that our advisers do not play a sufficiently productive role at these sessions. The rules of procedure must be changed, expenses must be cut down, meetings must be fewer and shorter, so that we can all stay at home and supervise the massive task of giving our people action and implementing the programs on which we have labored so long. We discuss, we make plans, we pass many volumes of resolutions. We meet very frequently--every day there is a meeting in some part of the world--but we are falling down on implementation. I therefore reiterate my very sincere and urgent appeal to the Executive Committee and the Administration to take urgent steps to reshape and restructure the entire range of activities of PAHO, so that we can all see the benefits to the people we represent.

The session was suspended at 4:20 p.m. and resumed at 4:35 p.m.  
Se suspende la sesión a las 4:20 p.m. y se reanuda a las 4:35 p.m.

Dr. Richmond then took the Chair  
El Dr. Richmond pasa a ocupar la Presidencia

ITEM 4: REPORT OF THE WORKING PARTY ON THE APPLICATION OF ARTICLE 6.B OF THE PAHO CONSTITUTION

TEMA 4: INFORME DEL GRUPO DE TRABAJO PARA ESTUDIAR LA APLICACION DEL ARTICULO 6.B DE LA CONSTITUCION DE LA OPS

Dr. GREEN (Guyana), Chairman of the Working Party: The Working Party appointed to study the application of Article 6.B of the PAHO Constitution, consisting of Chile, Guyana, and the United Kingdom, has reviewed the status of quota collections in the light of the provisions of Article 6.B concerning the suspension of the voting privileges of any Government more than two years in arrears in the payment of its quotas.

The Working Party noted the excellent status of the overall quota contributions of all the Governments of the Organization.

Three Governments, those of the Dominican Republic, Haiti, and Paraguay, were found to be more than two years in arrears.

The Government of Paraguay has adopted a deferred payment plan. The Working Party has noted that the Government of Paraguay has consistently made payments against its plan in previous years, and has paid the full amount due for 1978 against its plan. The Working Party recommends that the Government of Paraguay be permitted to vote at the XX Pan American Sanitary Conference.

The Governments of Haiti and the Dominican Republic have also adopted deferred payment plans. The Government of Haiti has consistently made payments against its plan in previous years, and has made a partial payment in 1978 against its plan. The Dominican Republic has not made any payments against its plan in 1978. The Dominican Republic last made a payment against its plan in September 1977. The Working Party took note of the statement made by the Delegate of the Dominican Republic during the Fourth Plenary Session of this Conference concerning the promised increased emphasis of its new Government in meeting its obligation to the Organization. Considering the consistency of payments by Haiti against its deferred payment plan and also considering the expressed commitment made by the Delegate of the Dominican Republic, the Working Party recommends that the Governments of Haiti and the Dominican Republic be permitted to vote in the XX Pan American Sanitary Conference.

The Working Party recommends that the Director continue to consult with Member Governments concerning payment of arrears.

The PRESIDENT: I would like to express our appreciation to you Dr. Green, for the work you and the other members of the Working Party had taken on and accomplished. Do I hear a motion to accept the Report of the Working Party? If there are no objections to the acceptance of

this report, I will declare that the Plenary Session has accepted the recommendations of the Working Party on Article 6.B.

Decision: The report of the Working Party was adopted.

Decisión: Se aprueba el informe del Grupo de Trabajo.

The SECRETARY: I would like to announce to the members of the Credentials Committee, the Delegates of France, Colombia and Suriname, that there will be a meeting of the Credentials Committee here in this room tomorrow morning before the Plenary Session at 8:45 a.m. The purpose of this meeting is to examine the credentials of the Delegates of the Kingdom of the Netherlands who have just arrived this afternoon. Mr. Carlos García will be here with the necessary documentation to assist the Committee.

- ITEM 12: REPORTS OF THE MEMBER GOVERNMENTS OF THE ORGANIZATION ON PUBLIC HEALTH CONDITIONS AND PROGRESS ACHIEVED DURING THE PERIOD BETWEEN THE XIX AND XX PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE (continued)
- TEMA 12: INFORMES DE LOS GOBIERNOS MIEMBROS DE LA ORGANIZACION SOBRE SUS CONDICIONES Y PROGRESOS ALCANZADOS ENTRE LA XIX Y LA XX CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA (continuación)

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

El Dr. GONZALEZ (Panamá): Mis primeras palabras van dirigidas a extender al Gobierno y al pueblo de Grenada el saludo más cordial de parte del pueblo y del Gobierno de Panamá. La ocasión es propicia para saludar y felicitar al distinguido Señor H. J. Preudhomme, en quien ha recaído el honor de haber sido electo Presidente de esta XX Conferencia Sanitaria Panamericana, felicitación que hago extensiva a los señores Vicepresidentes, al Relator y a los Presidentes de las Comisiones de Trabajo.

Una vez más, y tal como lo hacemos anualmente, nos sentamos aquí a debatir los problemas de salud de los países y los programas de trabajo de esta Organización dirigidos a elevar el nivel de salud y de bienestar de dichos países.

Como en los últimos años, estamos actualmente más conscientes y motivados por la carencia de servicios de salud y los grandes núcleos de población que aún están desprovistos de todo tipo de atención médica, principalmente en las zonas rurales y áreas marginadas. Esto ha dado lugar a que constantemente se hagan revisiones y ajustes en las políticas de salud y se adopten estrategias tendientes a hacer accesibles los servicios de salud a una mayor cantidad de habitantes.

Nuestro país está viviendo todas estas transformaciones en la puesta en práctica de la administración de la atención médica en beneficio de la

población, y ha sido uno de los primeros en la América Latina en hacer partícipe a la comunidad de los programas de salud dirigidos a lograr su mayor bienestar. Los comités de salud y las juntas comunales hablan muy en alto al respecto, y son numerosos y de trascendencia los logros obtenidos en diferentes campos.

Los indicadores de salud más importantes son el reflejo de los cambios que se están operando. La tasa de natalidad se mantiene en 29.8 por 1,000 habitantes; la de mortalidad general en 4.8 por 1,000 habitantes, con un crecimiento natural de la población de 2.5% anual; la mortalidad infantil en 32.7 y mortalidad materna en 0.9 por 1,000 nacimientos vivos.

Los intensos y constantes programas de vacunación que se realizan en el país han introducido cambios significativos en relación con las enfermedades transmisibles. En Panamá no se ha registrado ningún caso de poliomielitis desde 1972, y la difteria ha desaparecido desde 1974. La tos ferina no se ha presentado en la magnitud esperada de acuerdo con el ciclo epidemiológico en los últimos dos años, hecho atribuible además al mejoramiento del producto biológico empleado en la vacuna y a la mayor vigilancia y control de los casos. El tétanos ha experimentado un descenso significativo en los últimos años, al lograrse altos grados de cobertura de inmunización de la población de menores de cinco años, y los casos actuales, en la mayoría mortales, se registran principalmente en recién nacidos. La tuberculosis continúa su descenso, tanto en cuanto a morbilidad como a mortalidad, con tasas de 46.1 y 9.4 por 100,000 habitantes en 1977.

El sarampión aún plantea un serio problema de salud, y en 1977 se presentó un brote epidémico, con 2,545 casos notificados y 39 defunciones, con tasas de 146.1 y 2.2 por 100,000 habitantes, respectivamente. Este fenómeno tiene su explicación en la existencia de zonas de difícil acceso y normalmente habitadas por indios guaymies, con patrones culturales y de movilidad muy particulares que imposibilitan muchas veces su atención preventiva.

La evaluación del programa de erradicación de la malaria se puede considerar favorable. La tasa por 100,000 habitantes ha descendido de 59.9 en 1972 a 38.1 en 1977.

Desde 1976 no se ha registrado positividad de Aedes aegypti en el territorio nacional.

El mejoramiento sustancial de la dotación de agua potable obedece a un sostenido programa de construcción de acueductos iniciado con financiamiento efectivo en 1970 y el programa de pozos rurales con suficientes recursos desde 1955. Hasta 1977 se había logrado beneficiar con agua potable al 63.8% de la población rural (43% en 1970) y a casi la totalidad de la población urbana, con los consecuentes cambios en la incidencia de la morbilidad de enfermedades de origen hídrico.

Todos estos logros han tenido apoyo en las contribuciones que a diario hacen los programas básicos y de mantenimiento del Ministerio de Salud a través de sus estructuras, representadas por la Dirección General de Salud, las Regiones y las Areas Programáticas.

El establecimiento del sistema único de salud en el país ha continuado avanzando en su aplicación. Hoy trabajan en forma integrada ocho de las nueve regiones en que se divide el territorio nacional, quedando por integrar los servicios de salud de la Región Metropolitana, tarea programada para llevarse a cabo en 1979.

Paralelamente se han estado haciendo grandes esfuerzos por extender la cobertura de los servicios de salud, y se han ido incorporando núcleos de poblaciones marginadas a través de: a) la definición y el establecimiento de niveles de atención; b) el fortalecimiento del concepto de atención primaria de salud; c) el desarrollo de la infraestructura mediante un vasto programa de construcciones de instituciones simplificaciones de salud, incluyendo subcentros y puestos de salud; d) construcción de acueductos rurales; e) mejoramiento de la vivienda rural; f) desarrollo de proyectos de nutrición, huertos comunitarios y crías de animales; g) adiestramiento de personal paramédico y auxiliar procedente de la propia comunidad (el asistente médico y el ayudante de salud), y h) el trabajo coordinado con otras agencias del Estado.

Hemos distribuido algunos documentos donde se pueden apreciar en mayores detalles los logros aquí expuestos.

Todos estos hechos hacen vislumbrar mejores días de salud y bienestar para todos los panameños, logrando hacer realidad en un futuro muy próximo nuestro lema de trabajo de "salud igual para todos".

Panamá está aprovechando al máximo la cooperación técnica, la cual es de gran beneficio para nuestros programas de acuerdo con nuestras necesidades de salud. De acuerdo con esto, se han adoptado algunas medidas con ciertos organismos internacionales, y, específicamente, con la Organización Panamericana de la Salud, las que, de resultar efectivas, serían recomendables para ser aplicadas en otros países.

A manera de información debo comunicar a esta Conferencia que ya se ha designado una Comisión Bilateral de Salud, de alto nivel, que tiene bajo su responsabilidad la ejecución en su parte pertinente del Tratado Torrijos-Carter, por medio del cual nuestro Gobierno asume la responsabilidad por las actividades de salud que se desarrollan en la Zona del Canal, que pasa a ser territorio nuestro. Esta es una tarea compleja en la cual indudablemente requeriremos asesoría en algunos aspectos por parte de las autoridades de la OPS.

En este año y en los próximos años de tanta importancia y trascendencia para la Organización, hago votos porque nuestras mentes y corazones se iluminen y con honestidad y responsabilidad nos conduzcan a adoptar las más adecuadas decisiones en pro de nuestra OPS.

The PRESIDENT: I now give the floor to the distinguished Delegate of Canada.

Report of the Delegation of Canada  
Informe de la Delegación de Canadá

Dr. KHAZEN (Canada): In May, 1974, the Minister of National Health and Welfare published a policy document, "A New Perspective on the Health of Canadians." This document marked the beginning of a new stage in Canadian health policies and programs, and a change from the previous two decades, which laid the groundwork for significant changes in health care delivery. However, despite the improvements in the organization of health care, the "New Perspective" said that "there is little doubt that future improvements in the health of Canadians lie mainly in improving the environment, moderating self-imposed risks and adding to our knowledge of human biology." Five strategies were then set out for pursuit of these improvements: (1) health promotion; (2) regulatory; (3) research; (4) health care efficiency; and (5) goal-setting.

The past four years have seen a number of activities which have been consistent with these strategies.

1. Health Promotion: In July 1978, the Department of National Health and Welfare brought together a number of health promotion programs to encourage and assist Canadians to adopt a way of life that enhances their physical, mental and social well-being and fosters the prevention of illness. Following are several examples of these activities.

"Operation Lifestyle" which uses a variety of techniques to encourage Canadians to assume greater responsibility for their personal health. Seven components are highlighted as of particular importance: alcohol, smoking, fitness, nutrition, drugs, stress and safety.

Dialogue on Drinking, a national information program sponsored by federal and provincial agencies, is aimed at establishing a social climate in which irresponsible drinking becomes less acceptable. This program began in October 1976.

The expanded federal role in fitness, sport and recreation included the creation of a Fitness and Amateur Sport Branch. Physical activity is promoted because of its physiological and psychological benefits and its stimulation of other healthy lifestyles.

"Participation" uses a variety of marketing techniques to encourage physical activity. The "Fit Kit" enables individuals to assess their own fitness level and to select means for improving it. Employee fitness programs are established in business, industry and educational institutions. The Canada Fitness Award recognizes demonstrated fitness and excellence among children and youths aged 7 to 17.



A number of provincial programs have made a marked impact on the health and fitness awareness of citizens. For example, in British Columbia, "Action B.C." promotes positive good health through increased physical activity and good nutrition. Saskatchewan has a similar program entitled "Feelin' Good." Manitoba has established its own Fitness and Amateur Sport Branch. All provinces have established health, fitness and nutrition promotion through school health, maternal and child health and other programs.

2. Regulatory Strategies: In recent years, consumer groups have drawn increased attention to the dangers to health and safety which are products of an industrialized society. Greater demands have been placed on the regulatory agencies at every level which are responsible for protecting the population. The Health Protection Branch of the Department of National Health and Welfare is charged with developing a program to protect the public against unsafe foods, drugs, cosmetics, medical and radiation-emitting devices, against harmful microbial agents and technological environments hazardous to health, against environmental pollutants and contaminants and against fraudulent drugs and devices. In addition, the Branch has joint responsibility with the Department of Consumer and Corporate Affairs for product safety.

Although these responsibilities are not new, a number of recent activities have reflected the increasing need for regulation. Changing food technology requires means to ensure the safety of new types of ingredients and additives and packaging materials. A national system of reporting any food-borne outbreaks of disease has been established.

In response to widespread concern about dangers to health and safety in the workplace, the Canadian Centre for Occupational Health and Safety was established in 1978. This centre promotes the concept of a safe work environment and the enhancement of the physical and mental health of working people throughout the country. Although not established as a regulatory agency, it provides a system of research and information exchange which promotes necessary modification of standards and implementation of controls.

An interesting development is the initiative for protecting the public against consequences of lifestyle-related health problems through regulation as well as through education and voluntary treatment. Regulations with respect to communicable diseases are well established. However, regulations involving such things as drug-related problems are being formulated. An example is the mandatory aspect of the British Columbia Heroin Addiction Treatment Program which was approved by the provincial legislature in June 1978, but has yet to come into force. Several Canadian cities have enacted by-laws restricting smoking in public places.

In February 1974, at the urging of the Minister of National Health and Welfare, provincial Ministers of Health strongly endorsed adoption of legislation requiring the use of seat belts in automobiles. The first of the provinces to enact such legislation were Ontario and Quebec. In Ontario, in the first eight months of 1976, compared with the same period in 1975, there was a drop of 13 per cent in the number of deaths and 16 per cent in the number of

fatal accidents. The number of nonfatal injuries declined by 15 per cent and the number of nonfatal accidents decreased by 13 per cent. These improvements may be also due in part to a reduction in speed limits, which took place at the same time. Other provinces have made similar changes in speed limits.

3. Research: The Medical Research Council provides grants for bio-medical research, offers incentives for the development of research in areas where major contributions may be expected and where development is inadequate, and supports various international scientific activities. The National Health Research and Development Program supports research which may aid in achieving departmental objectives for improving the promotion, protection, maintenance and restoration of the health of Canadians.

The Canada Health Survey, which began in the spring of 1978, was developed to obtain better data on the health status and risk exposure of the Canadian population. It is a continuing monitoring, not just of disease and disability, but also of relevant facts on lifestyle, environment and socio-economic factors.

4. Health Care Efficiency: Until April 1977, Federal contributions to the provinces for hospital and medical care services were based on the cost of insured services incurred by the provinces, with the Federal Government reimbursing the provinces for approximately 50 per cent of their expenditure. The Federal/Provincial Fiscal Arrangements and Established Programs Financing Act of 1977 modified the method of federal financing. Federal contributions now take the form of a transfer of fiscal concession and associated equalization to the provinces, in conjunction with equal per capita cash payments. National standards established by previous legislation are preserved. Additional per capita contributions are also provided towards the costs of certain extended health care services.

These changes provide the provinces with increased flexibility in the development and administration of their health services, and recognize the strides which have already been taken in the provinces to develop a greater emphasis on preventive and community-based care, such as development of home care programs, long-term care facilities and rehabilitation services which have been of benefit to many people who are elderly, disabled or suffering from chronic conditions. Increasingly, their care takes place in the community rather than in large institutions.

In some approaches to community care, health and social services are being brought closer together. Although a number of provinces have made moves in this direction, the Quebec Local Community Service Centres have been particularly innovative in integrating a number of aspects of health and social service.

There have been great strides in dental health programs in the past several years. A number of provinces have introduced gradually free treatment for children, beginning with pre-school age and extending to older age groups year by year.

Prescribed drugs, hearing aids, glasses, and various prosthetic and orthotic aids are provided to the elderly or to various groups in need either free or at low cost in various provincial programs. Although the variations are too great to describe here, the recent trend toward introduction of these services must be noted.

A number of programs for improving access to health care in far northern and remote areas have involved Federal-provincial cooperation. Medical Services Branch of the Department of National Health and Welfare has been active in promoting the training of lay people in remote areas to assist in health education and in facilitating contact between the population and those providing health care. Various native people have been participating actively in these programs.

New technological developments have helped to close the gap between the type of health care available in urban areas and that in remote parts of the country. Telemedicine experiments have been conducted within the past several years, with several northern settlements receiving direct consultation on medical and surgical matters through television.

5. Goal-setting: As health care in Canada represents such a complex pattern of Federal and provincial responsibilities, continuing consultation on all aspects of the subject is essential. Much of this consultation takes place through the Federal/Provincial Conferences of Ministers and Deputy Ministers of Health and through Advisory Committees on Institutional Care Services, Community Care Services, Health Promotion and Lifestyle, Environmental and Occupational Health, and Health Manpower.

In 1978, the Department of National Health and Welfare established a new Policy Research and Strategic Planning Branch, consolidating the Department's development work in both health and social services. The planning which is taking place builds on the major thrusts of the "New Perspective on the Health of Canadians" and the extensive consultation and policy development which has followed it.

Through this cooperative effort, some major goals have been established for the improvement of the social and physical environment and the modification of certain living habits which influence levels of health and illness.

The PRESIDENT: I now give the floor to the distinguished Delegate of Jamaica.

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

Dr. MANLEY (Jamaica): While there is no room for complacency, I can state with some degree of satisfaction that, on the whole, the health status in Jamaica has shown some improvement since 1974. At the same time there is less cause for satisfaction insofar as diseases such as diabetes, hypertension and cancer are concerned. The levels remain constant and parallel to those in many developed countries where these diseases give much cause for concern.

Vital statistics suggest marked decline in infant mortality and we believe the decline is real although the actual figures are in doubt because of some under-reporting. Steps are now being taken to correct this.

There have been no outbreaks of polio but on the other hand, sporadic epidemics of measles continue and the severity of the disease is increasing. Smallpox is eradicated world-wide. Therefore, we are now concentrating to a much larger extent on vaccinating against measles and this has begun in selected urban areas.

Sexually-transmitted diseases have been on the increase, particularly among the 19-25 age group and PAHO has been assisting us with epidemiological studies to determine the pattern of these diseases in Jamaica and to identify measures which will be effective in controlling the problem. We are grateful for the meaningful assistance that PAHO is giving to Jamaica and suggest that greater resources should be allocated for this programme.

There has been some improvement in water supplies and environmental sanitation but there have been small outbreaks of typhoid indicating that much remains to be done in this sphere.

Along with other countries in the Region, we had the misfortune to experience a severe outbreak of dengue fever in 1977 with 70,000 cases being reported in a population of roughly 2 million. Apart from the application of local resources to bring it under control, the prompt assistance from PAHO and the Center for Disease Control in Atlanta was very welcome. This outbreak underscores our expressed view that, as a matter of policy, the objective should be Aedes aegypti eradication rather than control. Experience suggests that control alone has not been effective.

While malaria has been eradicated, we have been having a number of cases of imported malaria and would suggest that, since this is probably common to many Member States, PAHO should deem it a matter of some priority.

During the period there has been increased notification of cases of leprosy. This does not indicate an increase in the prevalence of this disease but rather improved case finding. A consultant was recruited to establish a public health leprosy programme as distinct from the curative programme which had been in existence for many years. The consultant held extensive training programmes for health staff and for communities to alert them to the true facts of the disease and to stimulate case finding. This has paid dividends in increased awareness. There is more willingness on the part of patients to present themselves for diagnosis and treatment.

In the past few years the Government has paid particular attention to forming a comprehensive health program, to blend into the total national development program and also to harmonize with the policies of other governmental sectors. The guiding principles concerning the formulation of the Jamaican Health Policy can be summarized as follows: the Government aims to develop a comprehensive national health service that incorporates both public and private sectors and provides equal access to all of at least a certain basic level of health care. In developing a comprehensive health care service, we feel that the first priority should be to establish an effective system for the delivery of primary health care throughout the Nation. And in this context, the approach to secondary health care at this time should be to increase the efficiency of hospitals, to ensure optimum bed use and upgrade emergency and other basic facilities to support the primary health ring. The delivery of health care is most effectively and efficiently achieved, we feel, when the curative and preventive services are fully integrated, and we are embarking on a program of phased integration, with coordination of services being the first step in many instances.

During the period under review, the correlation of relevant data was undertaken for the preparation of a five-year development programme and it was decided that emphasis should be placed on a primary health care service. Further on, a synoptic outline is given of the design and main features of this programme.

But first, available biomedical and demographic data were studied so as to determine priority areas for expansion and consolidation. Manpower resources and physical facilities were assessed and projected needs in these areas were then developed. As far as manpower development is concerned, we had to take into consideration the traditional brain drain through emigration particularly to the United States, Canada and the United Kingdom.

In undertaking this exercise one of the inhibiting factors was the absence of a central planning and evaluation unit within the Ministry of Health. Accordingly, in 1977 such a unit was established and while it is not yet fully functional because the recruitment of a number of specialists has not yet been completed, the main components are a data collection and information center. Epidemiological services and centres to determine cost effectiveness, engage in long-range planning, and the continuing evaluation of programmes.

It became evident that a substantial reorganizational process was necessary to create a more vibrant administrative vehicle and to achieve an integrated approach regarding the activities within the primary, secondary, and tertiary health care systems. The plans for reviewing and re-designing the administrative structure have been completed. Two of the salient features are the integration of the preventive and primary level curative services as a first step and the decentralisation of the decision-making process. In short, the nexus between primary and secondary health care has been fully recognized in administrative as well as operational terms.

With regard to primary health care as a component, it is an incontrovertible fact that a very large percentage of common ailments can be treated and arrested at the primary health care level and this is a major determinant in shaping our current policies and programmes. Another influencing factor is the continuing high birthrate--29.8 per 1,000--which results in a pyramidal population structure with 43 per cent of the population of 2,100,000 being under 14 years of age. In this context, coverage in regard to maternal and child health has been given high priority, special emphasis being placed on the nutritional, health education, family planning and immunisation aspects.

Within the broad definition that "Primary health care includes all services, preventive, curative, promotive and rehabilitative, that are provided at the community level," it follows that these services should be designed around the life patterns of the community.

In terms of community health, the objective is to establish the following staff patterns: 1 community health aide to approximately 1,000 persons; 1 midwife to 4,000 persons; 1 public health nurse to 10,000 persons; 1 public health inspector to 10,000 persons; and 1 medical officer to approximately 20,000 persons.

In recognition of the importance of health education, community involvement, and the health team approach, in 1974 the family planning education officers were merged with the staff of the Bureau of Health Education, and their role expanded to include the total area of health education.

There has been a substantial increase in the training and deployment of technical support staff, to mention three: pharmacy technicians in support of the professional pharmacists, school dental nurses, and nurse practitioners.

The trend of moving away from a primarily emergency dental service in schools and the public sector has been made possible by the service provided by the school dental nurses who are highly trained and skilled. The figures are quite revealing in this respect. In 1974, the ratio of dental extractions to tooth restorations was 6 to 1; in 1977 the ratio was 2 to 1. While the increase for 1977 over 1974 in dental extractions was 3.7 per

cent there were increases of 157 per cent in tooth restorations and 83 per cent in fluoride prophylaxis. All this has taken place in a situation where there has been actually somewhat of a decrease in the number of trained dentists. We can, without equivocation, recommend to developing countries with a paucity of trained dentists, a programme of this sort, which pays such high dividends.

PAHO is associated with this programme by assisting with a research programme on the effectiveness of fluoride rinse.

With regard to the nurse practitioner programme, the training of nurse practitioners commenced in 1977 and the first graduates have been assigned and based at major health centers from which they cover a number of other centers in a defined contiguous area. Twenty are being trained annually. These are qualified nurse/midwives and the postgraduate courses involve inter alia. Further training to two specialist areas--the family nurse practitioner and the pediatric nurse practitioner. The nurse anaesthetist nurse practitioner has been around for several years.

The nurse practitioner is trained to assist the doctor and to reduce workload by carrying out certain functions previously done by medical practitioners. They are trained to carry out detailed physical examinations to become thoroughly familiar with the normal, and thus recognise the abnormal. They are afforded opportunity to diagnose and treat in accordance with specific guidelines. They have been well received by both the doctors and the general community.

The provisional result of a survey carried out in 1978 revealed that since 1970 there has been a 10 per cent improvement in the nutritional status.

A Food and Nutrition Council has been established as a coordinating vehicle, with representatives from the Ministries of Agriculture, Health, Finance and Planning, the University of the West Indies, the Caribbean Food and Nutrition Institute, as well as private sector representatives. The Council is responsible for policy development and its goal is to develop programmes to reduce malnutrition by 50 per cent within the next five years.

In 1974 there was cause for concern. About one-fifth of children under four years of age were significantly underweight. Three percent of children in the second year of life were so severely malnourished as to require urgent treatment; the cost of hospitalisation of such patients was estimated in the region of US\$3 million per year, not to mention that many would already have suffered irreversible mental and physical retardation. Mortality was 4.5 per 1,000. Against this background it would be unrealistic to allocate scarce resources to expand other areas of health care without giving the highest priority to improving our nutritional status.

It has been recognized that dietary intake among the less educated and poorer persons is not determined solely by the unavailability of foods

that could provide a balanced diet, but by the lack of information and understanding as to what constitutes such a diet. In this context, it was therefore essential that we have a fairly extensive nutrition program. The planning process for a massive nutrition education campaign began in 1974 and formed a part of the development of the physical facilities development plan for a section of the Island financed mainly by a loan from the International Bank for Reconstruction and Development.

In specific areas where pilot projects were introduced from the early seventies, evaluation studies revealed a marked improvement in nutritional status, and it is hoped that the target of a 50 per cent improvement over the next five years will be achieved.

A veterinary public health unit was established in 1975. Its purpose is the eradication, control and prevention of diseases that are transmissible from animal and animal products to man. This unit is responsible for the coordination of relevant activities of the animal health and human professional services and one of the principal tasks is to ensure that preventive measures are tightened up in relation to diseases such as rabies, foot-and-mouth disease, African swine fever and hog cholera, diseases which fortunately for us, have not so far affected us to any significant extent. Surveillance is, of course, a joint effort in which the Ministry of Agriculture, the Health Quarantine Services, the Customs Services and the Sea and Airport Authorities all have participatory roles.

In concluding, I think that the emphasis on primary health care; development of a health information system and a planning and evaluation unit; health manpower development; and the application of cost effectiveness to the many programmes that inevitably require a heavy financial input, represent a logical approach towards achieving our objective of a good health service available to all the population.

The PRESIDENT: I would like to make the observation that we could all agree, that this has been a very informative exchange of views on the health status and record of the various countries which had the opportunity to make their presentations today. I would like to announce that the next meeting of the General Committee will take place immediately upon adjournment of this Plenary Session, in room E, and I would call your attention to the fact that tomorrow's Plenary Session will be convened promptly at 9 a.m. We stand adjourned.

The session rose at 5:35 p.m.  
Se levanta la sesión a las 5:35 p.m.





# XX PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE

## XXX REGIONAL COMMITTEE MEETING

ST. GEORGE'S, GRENADA

SEPTEMBER - OCTOBER 1978

Wednesday, 27 September 1978, at 9:00 a.m.  
Miércoles, 27 de septiembre de 1978, a las 9:00 a.m.

CSP20/MP/6

27 September 1978

ORIGINAL: ENGLISH-FRENCH-  
PORTUGUESE-SPANISH

PROVISIONAL VERBATIM RECORD OF THE SIXTH PLENARY SESSION  
ACTA PROVISIONAL TAQUIGRAFICA DE LA SEXTA SESION PLENARIA

President: Mr. H. J. Preudhomme Grenada  
Presidente:

Contents  
Indice

Address by Dr. David Tejada de Rivero, Assistant Director-General, WHO  
Discurso del Dr. David Tejada de Rivero, Subdirector General, OMS

Second Report of the General Committee  
Segundo Informe de la Comisión General

Item 26: Election of Three Member Governments to the Executive Committee on  
the Termination of the Periods of Office of Bahamas, Colombia, and  
Costa Rica  
Tema 26: Elección de tres Gobiernos Miembros para integrar el Comité Ejecutivo  
por haber llegado a su término el mandato de Bahamas, Colombia y  
Costa Rica

(continued overleaf)  
(continúa al dorso)

Note: This verbatim record is provisional. Delegates are therefore requested  
to notify Document Services (Room A-I) of any changes they wish to have  
made in the text. The texts of the verbatim records will be published  
in the Proceedings of the Meeting.

Nota: Esta acta taquigráfica es provisional. Se ruega a los señores Delegados  
tengan a bien comunicar al Servicio de Documentos (Hab, A-I) las modifi-  
caciones que deseen ver introducidas en el texto. Los textos de las  
actas taquigráficas se publicarán en las Actas de la Reunión.

Contents (cont.)  
Indice (cont.)

Third Report of the Committee on Credentials  
Tercer Informe de la Comisión de Credenciales

- Item 26: Election of Three Member Governments to the Executive Committee on the Termination of the Periods of Office of Bahamas, Colombia, and Costa Rica (continued)
- Tema 26: Elección de tres Gobiernos Miembros para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término el mandato de Bahamas, Colombia y Costa Rica (continuación)
- Item 11: 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 11: 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

The PRESIDENT: Distinguished Delegates, the sixth plenary session is now called to order. It gives me very great pleasure to welcome this morning Dr. David Tejada, Assistant Director-General of WHO. We wish to take this opportunity to express our appreciation to you Dr. Tejada, and to the Director-General, for all that you have done for the various countries. We regret that Dr. Mahler is not here; nevertheless, we are happy that you could represent him. I trust that your stay with us will be an enjoyable and interesting one.

ADDRESS BY DR. DAVID TEJADA DE RIVERO, ASSISTANT DIRECTOR-GENERAL, WHO  
DISCURSO DEL DR. DAVID TEJADA DE RIVERO, SUBDIRECTOR GENERAL, OMS

Es para mí un honor y una íntima satisfacción estar con ustedes en representación del Director General de la OMS, el Dr. Mahler. El ha sentido mucho no poder estar presente en esta XX Conferencia Sanitaria Panamericana y XXX Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Compromisos impostergables le han impedido estar con ustedes durante estos días. Ha sentido mucho no tener el placer y el privilegio de dirigirse a ustedes personalmente. Por mi parte, también he sentido mucho no haber podido llegar con la debida anticipación para asistir a la ceremonia inaugural de la Conferencia. El Dr. Mahler me había solicitado que, como su representante, leyera su mensaje. Sin embargo, creo que ha sido una sabia decisión la del Dr. Acuña encargarle esta misión al Señor Ministro de Salud de Costa Rica. El hecho de que fuera él quien la leyera debe tener para todos nosotros un hondo significado. La voz del Director General de vuestra Organización transmitida a través de tan digno representante de un País Miembro les ha llevado no solo un mensaje, sino una manifestación de la estrecha relación de corresponsabilidad que debe haber siempre entre los Países Miembros de la OMS y su Secretariado. Traigo, en forma muy especial y personal, el saludo del Director General: a usted, Señor Presidente, las felicitaciones por su merecida elección y a los distinguidos Delegados de los países de América, al Señor Director de la OSP, Dr. Héctor R. Acuña, y a la Secretaría que sirve esta Conferencia.

La oportunidad de estar nuevamente en mi gran patria continental, de encontrarme de nuevo con viejos amigos y de poder conocer nuevos, y la oportunidad de reintegrarme, aunque sea por muy pocos días, a esta gran Organización Panamericana de la Salud, me impulsa a decir unas breves palabras. No pueden ni deben ser más, pues estoy aquí en representación del Director General. Ellas, entonces, tendrían que ser necesariamente la expresión del pensamiento, de la fe, de la voluntad y de la acción del Dr. Mahler.

La declaración del Director General ante esta Conferencia tiene un título muy significativo: "La lucha política por la salud". Copias de esta declaración han sido distribuidas a todos ustedes, razón por la cual no intentaré referirme a ella. Lo único que quisiera destacar es que esta declaración es la continuación temática del discurso que el Dr. Mahler presentó en la ceremonia inaugural de la 31a Asamblea Mundial de la Salud en mayo pasado, y cuyo título también es significativo: "La salud mundial es indivisible".

En ese discurso, el Director General insistió, una vez más, en el "compromiso político inequívoco" que han asumido todos los países al fijarse una clara meta social: el alcanzar para todos los habitantes del mundo, en el año 2000, un grado de salud que les permita llevar una vida digna y social y económicamente productiva.

Hace apenas dos semanas, los Gobiernos --y no solo el sector salud de los países-- así como los organismos internacionales multilaterales y bilaterales, gubernamentales y no gubernamentales, han ratificado en la Declaración de Alma Ata y en las recomendaciones de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, esa meta social. Esta es precisamente la meta de esta lucha política. Pero esta meta solo podrá alcanzarse si los países están sinceramente comprometidos con su esencia, su significación y sus implicaciones; si los países están realmente decididos a traducirla en acción a pesar de sus consecuencias, y si en esta acción nacional --de responsabilidad primordial de los propios países a través de sus gobiernos y de sus pueblos-- ellos son capaces de reorientar, de adecuar y de sacar el mejor provecho de sus organizaciones internacionales de salud.

En ese discurso, el Dr. Mahler planteó a los países que en esta empresa se requerían una combinación de condiciones, disposiciones y actitudes en los gobernantes, en los pueblos y, por supuesto, también en sus organismos internacionales. Primero: convicción social, en el sentido de creer en verdad que la salud es un derecho humano universal, que la justa distribución de los recursos de salud es ahora tanto o más importante que su cantidad y calidad, y que para alcanzar una distribución más equitativa era absolutamente necesario dar real y efectiva prioridad a la periferia social y a las mayorías abandonadas.

Segundo, sabiduría técnica, para enfrentar los problemas de salud en sus propias raíces y factores determinantes y condicionantes, para reexaminar críticamente lo que hoy hacemos y la tecnología que hoy nos utiliza, y para aceptar con honestidad y humildad, pero también con firmeza, que toda política técnica y toda tecnología debe responder a la política social para la cual se las utilice, y no meramente para la irrelevante búsqueda de una perfección científica.

Tercero, competencia administrativa, para poder dirigir en la dirección correcta, en un camino sin señales o con muchísimas señales contradictorias y lleno de dificultades, resistencias, obstáculos e incomprensiones; para poder distinguir las prioridades de las acciones dispersas e irrelevantes, y para poder utilizar y aplicar adecuadamente el conocimiento técnico de que disponemos o vamos desarrollando con nuestra experiencia de acción.

Cuarto, imaginación económica, para poder obtener el máximo beneficio de los recursos que cada sociedad nacional tiene dentro de un espíritu de independencia y autodeterminación en el manejo de los recursos propios y en el empleo inteligente de los recursos de cooperación externa.

Finalmente, determinación política, para que todas estas calidades anteriores se hagan realidad pese a los obstáculos que hay, que habrá y que, a no dudarlos, se multiplicarán a medida que de veras caminemos hacia adelante.

En ese discurso, el Director General pedía todas estas actitudes, no solo a los países sino también a vuestra Organización. Pero cuando se refería a esta última, no la circunscribía a su secretariado sino que, por el contrario, la entendía principalmente como al conjunto de sus Países Miembros actuando indivisiblemente a nivel global, a nivel regional y en su permanente quehacer nacional. En este punto vale citar a Mahler, literalmente: "...Pero la Organización Mundial de la Salud es nada en sí misma. Ella es solamente algo cuando se realiza, y se realiza solo cuando es capaz de promover la cooperación entre sus Estados Miembros"; es decir, cuando es capaz de determinar con claridad sus políticas, de acuerdo con las convicciones sociales colectivas de los países; cuando es capaz de definir concretamente sus metas técnicas a la luz de esas políticas; cuando es capaz de traducir esas metas en programas relevantes que tengan un real y permanente impacto en el nivel de salud de los pueblos, y cuando es capaz de organizar sus recursos--en los países y en el secretariado--y hacerlos funcionar eficientemente para el cumplimiento de sus programas. He aquí la tremenda diferencia que hay entre vuestra Organización y un banco o un fondo. Todos tendremos que estar de acuerdo que para que vuestra Organización tenga algún impacto debe ser mucho más que un fondo o un banco. Obviamente, todas estas funciones no son solo del secretariado. Deben ser, fundamentalmente, los cuerpos de gobiernos--la Asamblea, el Consejo Ejecutivo de la OMS, los Comités Regionales, esta Conferencia, etc.--los que tienen la responsabilidad de velar permanentemente por el funcionamiento de la Organización.

El Dr. Mahler también ha repetido muchas veces que esto supone un serio diálogo. Hay que entender la palabra "diálogo" en su sentido más profundo, más allá de ocasionales intercambios de ideas o de corteses conversaciones, un serio diálogo entre los países y su Organización. Esto supone, también, una seria disposición para afrontar las consecuencias que tal diálogo conlleva. Aquí creo que es muy valioso, Señor Presidente, volver a citar literalmente al Director General, "...El adoptar importantes y serias resoluciones en la Asamblea Mundial y en los Comités Regionales, y luego hacer solicitudes y pedidos oportunistas a nivel del país para proyectos y asistencia técnica--no de cooperación técnica--no prioritarios, irrelevantes o que no tendrán seguramente un efecto duradero en el mejoramiento de la salud de los pueblos, es hacer un "traverstí" de las relaciones entre los países y su Organización. Solo así podremos asegurar el apoyo mutuo en nuestras acciones tanto en los países individualmente, como a los niveles regional y global y seremos capaces de enfrentar conjuntamente nuestros retos colectivos con completa confianza".

Señor Presidente, le pido a usted, y por su intermedio a esta honorable Conferencia, me perdone por haber abusado de su tiempo. Solo tengo una justificación, o si se quiere un atenuante si en verdad soy culpable de tal abuso. Esta justificación es que esta "lucha política por la salud" hay que promoverla en todos los frentes y en todas las oportunidades.

Estoy seguro que en esta XX Conferencia Sanitaria Panamericana esta "lucha política por la salud" tendrá logros significativos. Estoy seguro, señores Representantes, que vuestra decisión conjunta e indivisible de avanzar venciendo todos los obstáculos saldrá fortalecida. Hago votos para que

la Región de las Américas y nuestra OPS siga siendo el más alto ejemplo y la avanzada en esta noble lucha dentro de la OMS. Finalmente, quisiera creer que a pesar de la ausencia física del Director General, Dr. Mahler, su pensamiento, su fe, su acción, y, en síntesis, su espíritu, han estado en esta mañana con vosotros.

(APPLAUSE)

(APLAUSOS)

SECOND REPORT OF THE GENERAL COMMITTEE  
SEGUNDO INFORME DE LA COMISION GENERAL

The SECRETARY: The General Committee held its second meeting at 5:30 p.m. on 26 September 1978 in Room E. It was chaired by the First Vice-President of the Conference, Dr. Julius Richmond. It was also attended by the Second Vice-President of the Conference, the Chairmen of Committee I and Committee II, the Rapporteur, and the Delegate of Venezuela. The Committee reached the following agreements:

1) To approve an electoral procedure for the item of the election of the Director of the Bureau which contains constitutional and procedural regulations governing said election. Copies are to be available in case Governments request them.

2) To establish the following order of the day for the morning of Wednesday, 27 September:

- a) Report of the Committee on Credentials
- b) Item 26: Election of Three Member Governments to the Executive Committee on the Termination of the Periods of Office of Bahamas, Colombia, and Costa Rica
- c) Item 11: Election of the Director of the Pan American Sanitary Bureau and Nomination of the Regional Director of the World Health Organization for the Americas
- d) Election of the Moderator and of the Rapporteur for the Technical Discussions
- e) Item 17: Proposed Biennial Program and Budget Cycle for the Pan American Health Organization
- f) Item 18: Proposed Amendments to the Constitution of the Pan American Health Organization

3) To continue the plenary session of Wednesday afternoon with Item 12: Reports of the Member Governments of the Organization on Public Health Conditions and Progress Achieved During the Period between the XIX and XX Pan American Sanitary Conferences.

4) To continue the plenary session on Thursday, 28 September, with the consideration of Item 12: Reports of the Member Governments of the Organization on Public Health Conditions and Progress Achieved During the Period between the XIX and XX Pan American Sanitary Conferences.

5) To constitute Committee II to start meeting on Thursday morning and to consider first Item 30: Control vs. Eradication in Malaria Programs; Item 20: Resolutions of the Thirty-first World Health Assembly of Interest to the Regional Committee of WHO for the Americas; Item 21: Provisional Agenda of the Sixty-third Session of the Executive Board of WHO--Items of Interest to the Regional Committee; Item 23: Report on the XI Inter-American Meeting, at the Ministerial Level, on Foot-and-Mouth Disease and Zoonoses Control; Item 28: Mechanisms for the Establishment of Official Relations between PAHO and Non-governmental Organizations; Item 29: Extension of Health Services to the Underserved Population in Rural and Urban Areas, etc.

6) The General Committee will meet again on Thursday, 28 September.

The PRESIDENT: If there are no comments, distinguished Delegates, then the report is adopted.

Decision: The report was adopted.

Decisión: Se aprueba el informe.

The PRESIDENT: Is the distinguished Delegate of France ready to present the Report of the Committee on Credentials. While we are waiting I will ask the Secretary to read the rules on election of members to the Executive Committee.

Le Dr. CHIARINI (France): Mr. le Président, je vous demanderai de bien vouloir, si cela est possible, attendre le retour du délégué qui doit présenter le rapport.

- ITEM 26: ELECTION OF THREE MEMBER GOVERNMENTS TO THE EXECUTIVE COMMITTEE ON THE TERMINATION OF THE PERIODS OF OFFICE OF BAHAMAS, COLOMBIA, AND COSTA RICA
- TEMA 26: ELECCION DE TRES GOBIERNOS MIEMBROS PARA INTEGRAR EL COMITE EJECUTIVO POR HABER LLEGADO A SU TERMINO EL MANDATO DE BAHAMAS, COLOMBIA Y COSTA RICA

The SECRETARY: The major document for this item is Document CSP20/7. Delegates will observe that this document provides for an examination of a history of the Executive Committee showing those Governments that have served on it over a period of many years and for which period of time.

The Members of the Conference will certainly wish to take these facts into consideration in carrying out this election. The procedures that will be used are cited in the Agenda. The first one of importance is Article 4.D. of the Constitution of PAHO appearing on page 10 of the Basic Documents, on the table before you: "The Conference shall elect Member Governments to serve on the Executive Committee, in accordance with Article 15, paragraph A, of the Constitution."

Article 15, paragraph A, appears on page 14 of the Basic Documents: "The Executive Committee shall be composed of nine Member Governments of the Organization elected by the Conference or the Council for overlapping periods of three years. Each of the elected Member Governments shall be entitled to designate one representative to the Executive Committee. Each representative may be accompanied by one or more alternates and advisers. A Member Government shall not be eligible for re-election to the Executive Committee until one year has elapsed since the expiration of its term of office."

The Agenda also cites Rule 54 of the Rules of Procedure of the Conference: "The Conference shall elect the Member Governments to serve on the Executive Committee by secret ballot, in conformity with Article 15, paragraph A, of the Constitution." You will remember that Article 15, paragraph A, is the one which I have just read.

Also of importance in this regard is Rule 55 immediately following on page 62: "The term of office of Member Governments elected to the Executive Committee shall begin immediately after the election and they shall hold office until their successors are elected."

This is a function, of course, which appears every year at either the Directing Council or the Conference, as the case may be. The procedure that has been followed in every case has been for the President to allow the Delegates the opportunity to discuss the issues and to nominate or suggest Governments which they feel should be elected to the Executive Committee after the nominating presentation and the seconding presentations, if any, are made. The election will proceed as a closed-ballot election. You will observe that the ballot box is placed on the stand in front of the podium. The President will then name two tellers from among the delegates,



who will come to the podium and sit to the far right. These tellers will examine the ballot box to be certain that it is empty. One ballot will be distributed to each delegation. The delegations will be given an opportunity to write the names of three countries on their ballot. Then in the English alphabetical order the names of the delegations will be read by the Secretary, and the delegates will come to the table here and deposit the ballot in the box, in the slot provided for that purpose. After the delegations have voted in the first round, if any delegations do not then vote, the President will give the delegations an opportunity to vote in a second round. After all delegations have voted, the ballot box will be turned over to the tellers. The tellers will be given the key to open the ballot box. They will report the votes on a form for that purpose. Once the ballots are counted, that form is given to the President, who will announce the result of the vote. The majority vote of those delegations present and voting is required for election to the Executive Committee.

Mr. President, I think this is the appropriate procedure. I see no reason why the designation, nomination, and seconding of candidates cannot precede the report of the Committee on Credentials.

The PRESIDENT: I now ask the delegates to nominate candidates for the three members to serve on the Executive Committee.

El Dr. ESCALANTE (El Salvador): Por cuanto al salir Costa Rica del Comité Ejecutivo queda Centroamérica sin representante en dicho Comité, y para que se mantenga un equilibrio geográfico, propongo a la República de Guatemala para ocupar esta vacante.

El Dr. PARRA (Venezuela): La Delegación de Venezuela se complace en presentar a la consideración de esta Conferencia Sanitaria Panamericana la candidatura de Estados Unidos de América como integrante del Comité Ejecutivo.

Miss MILLER (Barbados): Barbados takes pleasure in nominating Guyana as a member of the Executive Committee.

El Dr. MICHELSEN (Colombia): En nombre del Gobierno de Colombia postulo al Perú para constituir el Comité Ejecutivo durante el próximo período.

The PRESIDENT: Are there any other nominations? I would like at this time to extend a hearty welcome to Dr. Elmore of Peru, who has just come in. I trust that your stay will be enjoyable and you will find these discussions very fruitful.

El Dr. ELMORE (Perú): He recibido instrucciones de mi Gobierno para presentar a nombre del pueblo y del Gobierno del Perú su saludo fraternal a los distinguidos Ministros y Jefes de Delegaciones de los Países Miembros de la OPS, al Sr. Presidente y a las autoridades de esta Conferencia, y en forma muy especial al pueblo y al Gobierno de Grenada. La Delegación del Perú no ha podido hacerse presente desde el inicio de esta Conferencia y por eso agradezco la comprensión de todos los Países Miembros.

The PRESIDENT: I have the pleasure in appointing Dr. Key of the United Kingdom and Dr. da Costa of Brazil as the tellers.

We are still waiting for the report of the Committee on Credentials.

Miss MILLER (Barbados): Are the nominations of countries to the Executive Committee not to be seconded?

The SECRETARY: There is no requirement of seconding; nor is there any requirement of nomination. As a matter of fact, delegates may vote for whatever delegation they wish, regardless of whether they have been nominated or not.

The session was suspended at 10:00 a.m. and resumed at 10:10 a.m.  
Se suspende la sesión a las 10:00 a.m. y se reanuda a las 10:10 a.m.

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

Le Dr. J. BROUELLE (France): M. le Président, nous avons convenu que c'était le Président de la Commission de Vérification des Pouvoirs qui allait donner le compte rendu, et je crois qu'il n'est pas encore arrivé; il est en train de préparer le document.

El Dr. MICHELSEN (Colombia): El Comité de Credenciales en su reunión del 27 de septiembre de 1978, a las 9:50 a.m., se permite informar a la Conferencia que hasta este momento 30 países han acreditado oficialmente sus delegaciones a la XX Conferencia Sanitaria Panamericana. A esta hora, 9:50 a.m. hemos acreditado, mediante cables de los Ministerios de Relaciones Exteriores, a Haití y al Reino de los Países Bajos. A las 9:30 a.m. se recibió de Washington, D.C., el siguiente cable que me permito leer y que retransmite uno enviado del Perú: "Urgente Doctor Acuña y Presidente de la Conferencia retransmitimos siguiente cable enviado por señor Ministro Salud Perú Mayor General FAP Eduardo Rivas Plata Hurtado al Presidente Vigésima Conferencia Panamericana. Acreditamos Delegado Perú Vigésima Conferencia Ingeniero Edmundo Elmore Luján Punto firma General Rivas Plata Minsalud comillas Punto. Señor Director Superior Minsalud Perú solicita suplementar ficha acreditación en el sentido Ingeniero Víctor Ojeda Rodríguez será Delegado Suplente. OFSANPAN". También quiero anotar que el telex de la Conferencia estaba dañado pero comenzó a funcionar a las 9:15 horas de esta mañana. El Comité se permite consultar a la Conferencia su opinión respecto a: Primero, si se consideran como credencial el telex recibido de Washington, D.C., retransmitiendo el cable del Gobierno del Perú. Segundo, el Comité tiene conocimiento que todos los países se encuentran presentes en el recinto y se permite preguntar a la Conferencia si su sola presencia es suficiente para acreditarlos oficialmente como participantes en ella.

The SECRETARY: Rule 26 of the Rules of Procedure of the Conference applies in this case, and it may be found on page 56 of the Basic Documents: "A Committee on Credentials consisting of three delegates of as many Governments shall be appointed by the Conference at the beginning of the first plenary session. The Committee shall examine the credentials of delegates and observers and report to the Conference thereon without delay."

Even though that rule does not say so specifically, there has always been the interpretation that the Committee on Credentials has the duty, the responsibility, to examine the credentials and to recommend to the Conference

whether or not the Delegations should be seated--in effect, whether or not their credentials are adequate. It has always been interpreted in the sense that it is the Conference which must make the final decision. I believe, with respect to the question posed by the distinguished Delegate from Colombia, the Chairman of the Committee on Credentials, that his Committee has acted properly in referring this issue to the Conference. It would seem to me that this is an issue that must be resolved by the Conference; any further questions remaining also must be resolved by the Conference.

El Dr. GONZALEZ (Uruguay): Creo que esta Conferencia debe observar en el día de hoy un criterio sumamente amplio en lo que tiene que ver con la evaluación de las formas de acreditación que se han realizado. Digo que tiene que ser un criterio laxo y amplio por dos razones fundamentales. En primer lugar, porque la norma que acaba de ser leída por el Señor Secretario no es, como él mismo lo ha establecido correctamente, una norma específica de modo que mal se podría, por vía interpretativa, establecer limitaciones a esta norma. Es decir, en virtud de un principio fundamental de interpretación de los textos jurídicos, el intérprete no debe de especificar lo que la norma no especifica.

Además, ha ocurrido un acontecimiento de tipo accidental y tecnológico que creo que tiene que llevarnos a reflexión como bien lo acaba de decir el Presidente de la Comisión de Credenciales; recién a las 9:15 de la mañana de hoy se reparó el sistema de telex; es decir, esta Conferencia estuvo aislada desde el punto de vista de sus comunicaciones telegráficas por un lapso prolongado, y yo pregunto ¿no será posible que los Gobiernos que no han podido llegar en la forma debida han insistido en reiteradas oportunidades para conectarse con el número de telex que ellos conocían sin haber alcanzado esos resultados? Es decir, ¿puede alguno de los Representantes de los Gobiernos llegar a la conclusión de que ha habido negligencia cuando hay una circunstancia de fuerza mayor que ha impedido una cabal acreditación? De modo, pues, que la Delegación del Uruguay va a sugerir a esta Conferencia que adopte un criterio sumamente laxo en el reconocimiento de las acreditaciones que se han presentado.

No nos cabe ninguna duda en cuanto a que un cable firmado por el Ministro de Salud Pública de la República del Perú constituye suficiente procedimiento de acreditación, y nos vamos a referir también a la Delegación de la República Dominicana, que ha venido a embellecer esta Conferencia con la presencia de la señora Viceministro de Salud Pública de la República Dominicana. Me refiero a la Dra. Ligia Leroux de Ramírez que nos honra hoy con su presencia. El que está haciendo uso de la palabra en este momento es representante del Uruguay en la República Dominicana como lo es también el honorable integrante de la Delegación del Perú, Embajador Doctor Manuel Cornejo. Ambos podemos dar fe y testimonio de que la Dra. Ligia Leroux de Ramírez representa en debida y cabal forma a la República Dominicana. Por ese motivo reitero la posición de principio en el sentido de que esta Conferencia declare, sin más trámite, que todas las delegaciones que se encuentran reunidas alrededor de esta mesa están habilitadas para poder representar a sus respectivos países.

El Dr. BERMEO VALLEJO (Ecuador): Considero que siendo la Conferencia soberana en sus decisiones debe admitirse que todos los países aquí presentados deben tener suficiente credencial como para intervenir en todos los debates. Supongo que la presencia de cada uno de los Delegados es motivo suficiente para creer que son delegados oficiales y no delegados falsos. Por tanto la soberanía de la Conferencia es la que debe decidir y yo apoyo la moción del Delegado del Uruguay de que todos deben tener representación.

Dr. MOHAMMED (Trinidad and Tobago): This is a most unfortunate development. I think the history of requesting proper credentials at international conferences must be traced back to the need of ensuring that--in the event of governments in various countries having internal problems--there will not occur the case, as has happened in other international conferences, where two or three people who might be unauthorized come to a conference and speak for a particular Government. The historical need of proper credentials is a genuine one and ought to be taken very seriously.

As far as the case of today is concerned, if my memory serves me correctly, the Chairman of the Committee on Credentials only referred to a telex which was received on behalf of the Government of Peru in respect of the distinguished Delegate who is present here. At yesterday's meeting some question was raised with respect to the Delegations from Haiti and the Dominican Republic. I do not believe that anyone at this conference table will oppose the acceptance of these distinguished Delegates.

I would like to draw attention at this opportunity, however, to the weakness of the Rules of Procedure of this Conference. The statement by the Secretary that the rule was silent highlights the need to have these Rules brought up to date and clarified so that situations of ambiguity such as we seem to face now will not arise.

I understood that we had telegrams from Haiti and from the Dominican Republic, addressed variously to the Director-General or to the President of the Conference. There is another one from the Peruvian Minister of Health. It is most unfortunate that these representatives did not observe the procedure of coming to the Conference with duly accredited documents, as has been the case in these international conferences. I think, however, in the present circumstances, since the rules are silent, the only body which can give authority for these distinguished representatives to be seated and recognized is the Conference itself. I am prepared to support the proposal that this Conference should accept the communication which has been received and to duly recognize the presence of those delegates who are attending the Conference this morning.

Miss MILLER (Barbados): I wish to endorse the remarks made by the Honorable Minister from Trinidad and Tobago. This very unhappy situation reflects badly on the Rules of Procedure of this Conference. I cannot be happy that presence here is sufficient. Other delegations have gone to great care and trouble to arm themselves with suitable credentials. This Conference, I am sure, cannot be satisfied that credentials signed by the Minister of Health of any country can be sufficient. In most countries, it is either the

Head of the country or perhaps the Ministry of Foreign Affairs who deals with these matters, so I cannot be satisfied that credentials signed by the Minister of Health of a country establish that an individual is the correct authority.

On the other hand, as has been said, this Conference has the power to make its own rules, as it were, on this kind of occasion. I should like to think for the future, however, that the Rules of Procedure will be seriously reviewed, so that the Conference will not again find itself in this most uncomfortable situation.

For the present, I will go along with what I consider to be a most unsatisfactory situation, but countries must, in my view, consider very seriously, in this kind of Organization, that the matter of credentials cannot be easily overlooked. There have, for instance, since the last quadrennial meeting and certainly since the last meeting of the Directing Council, been changes of government in more than one of our Member Countries. I have no way of knowing, and I am sure that the majority of us here have no way of knowing, who is the correct authority, who is the correct representative of countries. Although I will very reluctantly go along with the views of the majority of this Conference, I am very unhappy about it.

The PRESIDENT: Thank you. I now put this matter before the distinguished Delegates. Do you recognize the Delegates of Peru and the Dominican Republic? The show of hands indicates that it is carried.

It was so decided.  
Así se acuerda.

El Dr. ELMORE (Perú): Quiero agradecer la comprensión de los Países Miembros de esta Conferencia en lo que respecta al reconocimiento de la Delegación de mi patria.

La Dra. LEROUX (República Dominicana): Hago valedera esta ocasión para enviar un saludo fraterno a todos los países hermanos aquí representados que nos han acogido con gran solidaridad y que en este momento han demostrado, no solamente para la República Dominicana, sino para todos los países hermanos una muestra de compañerismo y de comprensión. La República Dominicana en ningún momento quiso violentar normas establecidas. Fue asunto de puro trámite. Las credenciales fueron tramitadas al Representante de la OPS en la República Dominicana. Actualmente ya viene en camino todo el material. Por lo tanto, queden tranquilos los demás compañeros presentes en este evento que satisfeceremos completamente todos los requisitos.

El Dr. ACUÑA (Director): Yo quisiera agregar dos puntos importantes y al mismo tiempo agradecer la decisión de la Conferencia. Efectivamente, nuestro Representante en la República Dominicana nos ha informado de cómo estaría compuesta la Delegación de la República Dominicana. Sin embargo, esperábamos

que hubiera una comunicación oficial del Gobierno directamente al Presidente de la Conferencia, o a un servidor. Desafortunadamente, como ha sido informado por el Presidente de la Comisión de Credenciales, el telex se nos ha dañado y no hemos podido obtener esta confirmación. Sin embargo, existe, como dice la Dra. Leroux, un documento de nuestro Representante a un servidor, en donde se nos informa de la composición de esta Delegación. Es más, he recibido anoche, de parte de la Dra. Leroux, un documento donde se nos manifiesta haberse depositado un cheque como contribución de la República Dominicana al pago de sus cuotas atrasadas. Quiero también asegurar a la Conferencia que hemos tomado debida nota de lo expresado por los delegados en el sentido de que revisemos las reglas pertinentes para que las credenciales sean debidamente expedidas, de acuerdo con los procedimientos usuales, y que no hayan dudas acerca de quien deba expedir las credenciales.

ITEM 26: ELECTION OF THREE MEMBER GOVERNMENTS TO THE EXECUTIVE COMMITTEE ON THE TERMINATION OF THE PERIODS OF OFFICE OF BAHAMAS, COLOMBIA, AND COSTA RICA (continued)

TEMA 26: ELECCION DE TRES GOBIERNOS MIEMBROS PARA INTEGRAR EL COMITÉ EJECUTIVO POR HABER LLEGADO A SU TERMINO EL MANDATO DE BAHAMAS, COLOMBIA Y COSTA RICA (continuación)

The PRESIDENT: We will now proceed with the election of three Members of the Executive Committee. The ballots will be passed around and brought to the ballot box.

Dr. MOHAMMED (Trinidad and Tobago): Mr. Chairman, before the ballots are distributed, could you please reiterate the countries that have been nominated.

The SECRETARY: Four countries have been nominated: Guatemala, United States of America, Guyana, and Peru. As we have said, the delegates are not limited to voting for those four countries, but may for any three countries. Delegations may vote for one, for two, or for three, but no more than three. A ballot which has more than three names will not be considered valid.

Dr. MOHAMMED (Trinidad and Tobago): There is a little ambiguity in my understanding of what the Secretary has said. Do I understand him to mean that apart from the four countries that have already been nominated, the delegates may vote for any country that was not nominated? Such a procedure, in my opinion, has no precedent whatsoever. If countries are interested in serving on the Executive Committee, then these rules are no good. This is the point I keep trying to make. It is most confusing. Moreover, I have never heard anywhere that if somebody is interested, forget the rules. If the rules are there, then they are the basis of all parliamentary proceedings. The issue is confused by saying that countries can vote for any government that has not been nominated. In my view, this should not be discussed at this meeting. If we have here any countries interested, they ought to indicate their interest, then those interests will be manifested in the nominations that are proposed. I merely say this to highlight the point I am making as to how retrograde these rules are and how much they need to be clarified at the earliest opportunity.

The PRESIDENT: Are there any other nominations than the four we have? Since there are none, we will proceed with the vote.

The Secretary called up the Delegations in the English alphabetical order: Argentina, Bahamas, Barbados, Bolivia, Brazil, Canada, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominican Republic, Ecuador, El Salvador, France, Grenada, Guatemala, Guyana, Haiti, Honduras, Jamaica, Kingdom of the Netherlands, Mexico, Nicaragua, Panama, Paraguay, Peru, Suriname, Trinidad and Tobago, United Kingdom, United States of America, Uruguay, Venezuela.

El Secretario llama a las Delegaciones por orden alfabético inglés: Argentina, Bahamas, Barbados, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Francia, Grenada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, Reino de los Países Bajos, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Suriname, Trinidad y Tabago, Reino Unido, Estados Unidos de América, Uruguay, Venezuela.

Balloting then proceeded.  
Se procede a la votación.

Number of ballots cast: 32  
Número de boletas: 32  
Number of valid ballots: 32  
Número de boletas válidas: 32

Number of votes obtained: Guatemala 20, United States of America 25, Guyana 17, Peru 24, Dominican Republic, 4, Cuba 1, Grenada 1,  
Número de votos obtenidos: Guatemala 20, Estados Unidos de América, 25, Guyana 17, Perú 24, República Dominicana, 4, Cuba 1, Grenada 1.

The PRESIDENT: I now declare the United States of America, Peru, and Guatemala as the three Governments to be represented on the Executive Committee.

The session was suspended at 11:00 a.m. and resumed at 11:20 a.m.  
Se suspende la sesión a las 11:00 a.m. y se reanuda a las 11:20 a.m.



The PRESIDENT: We will now proceed to Item 11: Election of the Director of the Pan American Sanitary Bureau and Nomination of the Regional Director of the World Health Organization for the Americas (Document CSP20/4).

ITEM 11: 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 11: 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 Dr. MICHELSEN (Colombia): Colombia ha seguido detenidamente la labor cumplida por la Oficina Sanitaria Panamericana en los últimos cuatro años mediante sus relaciones a nivel de país y como miembro del Comité Ejecutivo y del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud. Nuestro país se encuentra en un proceso de profundo cambio, buscando mejorar las condiciones de vida de su pueblo. Dentro de este proceso queremos destacar el que se cumple en el sector de la salud, en el cual mediante la aplicación de una serie de políticas y programas se está respondiendo al desafío que implica el dar atención en salud a toda la población. En el camino para alcanzar las metas que nos hemos fijado, y para realizar en forma efectiva y eficaz los programas de salud, quiero resaltar el hecho de que en todo momento hemos contado con la colaboración de la Organización Panamericana de la Salud, la cual dada la nueva modalidad de trabajo implantada por el actual Director nos ha permitido concentrar los recursos de la Organización destinados a Colombia en aquellas áreas que hemos considerado prioritarias para el cumplimiento de nuestros propósitos.

Como dijo el Director de la Oficina en su discurso inaugural de esta XX Conferencia Sanitaria Panamericana, los países del Continente tienen frente a sí grandes problemas que han sido reconocidos ampliamente no sólo en el seno de nuestra Organización sino también en distintos foros tanto nacionales como internacionales. La solución de estos problemas requerirá compromisos políticos de los Gobiernos y solidaridad internacional para el cumplimiento de los objetivos que se han propuesto todos y cada uno de nuestros países, destacándose dentro de ellos los relacionados con ofrecer condiciones de vida adecuadas y dignas a los habitantes del Continente en el menor plazo posible. Para poder apoyar el inmenso esfuerzo que significa para los países el logro de estos propósitos, se necesita que los organismos internacionales creados por los países mismos den la colaboración necesaria en el contexto de las nuevas dimensiones de la cooperación técnica internacional. Estas nuevas dimensiones han sido reconocidas por las Naciones Unidas, y en nuestro sector ampliamente promulgadas por la Organización Mundial de la Salud y puestas en práctica en nuestro Continente por la Organización Panamericana de la Salud.

Desde luego, y como también dijo acertadamente el Director en su discurso inaugural, esto representa para la Organización tanto un desafío como una excelente oportunidad para adoptar enfoques innovadores, dinámicos y de más flexibilidad en sus programas de cooperación técnica.

En la ardua tarea que el Dr. Héctor R. Acuña ha realizado en cumplimiento del mandato que nuestros países le encomendamos hace cuatro años y del cual somos todos testigos, destaca la reestructuración de la Oficina Sanitaria Panamericana con el fin de que sus programas de cooperación técnica correspondan realmente a las áreas programáticas definidas como prioritarias por los países Miembros. También debe señalarse que se ha delegado una mayor responsabilidad a nivel de país, lo cual conjuntamente con la implantación del nuevo sistema de programación y evaluación ha permitido una participación directa de los países en la identificación de las áreas que pueden requerir cooperación técnica de la Organización.

Esta reestructuración, por otra parte, se ha llevado a cabo dentro de un contexto de una sólida situación financiera, fruto de la administración que ha observado la Organización. Lo antes indicado ha tenido por consecuencia el creciente prestigio de la Organización frente a organismos financieros internacionales e instituciones del sector privado, lo cual ha permitido canalizar nuevos recursos como lo demuestra el análisis del presupuesto de la Organización en los últimos cuatro años, presupuesto que ha alcanzado un incremento de más de EUA\$50 millones en fondos adicionales durante este período. Agréguese a esto la labor catalítica y de apoyo que la Oficina Sanitaria Panamericana ha prestado a los Gobiernos ante los organismos financieros internacionales, especialmente el Banco Interamericano del Desarrollo, para obtener recursos destinados a inversiones sustantivas del sector que ascienden a más de EUA\$300 millones.

Mi Gobierno cree que la gestión del Dr. Héctor R. Acuña en la dirección de la Oficina Sanitaria Panamericana ha sido singularmente efectiva y está convencido de que el proceso que ha iniciado y puesto en marcha en el presente cuatrienio ha de continuar en forma acelerada. Para asegurar y garantizar lo anterior, mi Gobierno considera que es altamente beneficioso para la Organización y para los países de nuestra Región que el Dr. Héctor R. Acuña continúe en la dirección de la misma. La brillante trayectoria del Dr. Acuña es por todos conocida, pero quiero destacar que fueron sus actividades profesionales, académicas y administrativas en el campo de la salud pública, tanto nacional como internacional, las que lo llevaron a su actual posición de Director de la Oficina Sanitaria Panamericana.

En consecuencia, en nombre del Gobierno de Colombia, tengo el honor de postular al candidato mexicano, Dr. Héctor R. Acuña, para el cargo de Director de la Oficina Sanitaria Panamericana durante el período 1979-1983.

El Dr. CALVOSA (Costa Rica): Costa Rica apoya con entusiasmo la postulación de la candidatura del Dr. Héctor R. Acuña, acogiendo a la decisión del Gobierno de Colombia.

El Dr. PADILLA (Venezuela): El Gobierno de Venezuela presenta formalmente a la consideración de los otros Gobiernos aquí reunidos la candidatura del Dr. Rogelio Valladares para el alto cargo de Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, Secretaría Permanente de la Organización Panamericana de la Salud y a la vez Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud.

El Dr. Valladares ha cumplido un largo y brillante recorrido en el campo de la salud pública desde su ingreso hace 37 años en el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social de Venezuela, a cuyo servicio se dedicó integralmente desde entonces, compartiendo solo esta actividad con la docencia como profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad Central. Actualmente desempeña el cargo de Jefe de la Oficina de Salud Internacional del Ministerio de Sanidad. Dentro de su dilatada actividad en la carrera sanitaria, el Dr. Valladares ejerció en su país desde la jefatura de servicios locales de salud hasta las altas posiciones de Director de Salud Pública y Vice-Ministro de Sanidad. Este último cargo le permitió desempeñar por varios breves períodos la suprema dirección del Ministerio de Sanidad. Habiendo hecho de la fisiología su especialidad, alcanzó también en ella la más alta responsabilidad, como adjunto primero y como director después, de la campaña anti-tuberculosa del país durante un período de 15 años.

En el campo internacional, ha sido variada y abundante su actuación, contándose en ella la participación en múltiples actividades y reuniones internacionales, ya como representante de su Gobierno o con el carácter de experto personal. Merecen destacarse sus vigorosas asistencias a reuniones del Comité Ejecutivo, que presidió en 1970, del Consejo Directivo y de la Conferencia Sanitaria Panamericana, órganos de gobierno de esta Organización, y al Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud, cuya presidencia desempeñó durante un año, hace apenas dos años.

La vinculación del Dr. Valladares con la Organización Panamericana de la Salud ha sido siempre muy estrecha y ella le llevó a actuar varias veces como experto personal en misiones ante países, así como a ocupar durante tres años el cargo de asesor regional de tuberculosis, entre 1963 y 1966. También ha mantenido constante vinculación con organizaciones gubernamentales de salud, particularmente en las áreas de tuberculosis, docencia y educación médica y epidemiología. Como fruto de esta actividad, el Dr. Valladares ha acumulado una vasta experiencia en el conocimiento y manejo de los problemas de la salud, tanto a nivel nacional como a nivel internacional. Sus constantes relaciones con numerosas personas y organismos de salud del Continente han afinado su sensibilidad hacia estos problemas, cuyo enfoque requiere hoy no solamente densos conocimientos sino también y muy particularmente un delicado espíritu de comprensión y por sobre todas las cosas una acrisolada honestidad, así como un sólido concepto del justo equilibrio entre las necesidades de salud de los distintos grupos de población y los recursos disponibles para el alivio de todos.

Venezuela ha sido siempre uno de los más asiduos y fieles integrantes de esta Organización. Su apoyo moral y económico ha estado presto en todo momento para el cumplimiento de sus hermosos ideales. Por ello estima hoy que la postulación de un calificado ciudadano suyo para ejercer la dirección de la Oficina es a la vez que una legítima aspiración la más digna expresión de sus anhelos de cooperación y de solidaridad. Sabemos que otros Países Miembros de la Organización sostienen también iguales aspiraciones, cuya honorabilidad respetamos profundamente. Sin embargo nos atrevemos a solicitar su

apoyo a la nuestra, dándoles la certeza de que solo la alienta el más decidido propósito de contribuir de esta forma al progreso de nuestra institución y al logro de mayor salud y bienestar para los pueblos de este Continente.

Dr. MACHADO (Brasil): A delegação do Brasil, com toda admiração que merecem os demais candidatos, apóia a candidatura do Dr. Héctor Acuña. Esse apoio não é só o resultado de negociações no nível de chancelaria. É também o resultado da experiência colhida nesses quatro anos. O número de vezes em que o Dr. Acuña se dirigiu ao Governo brasileiro para solicitar auxílio direto a outros países amigos em questão de saúde é um fato que demonstra o espírito pan-americano atuante, dinâmico, objetivo, sempre presente durante este quadriênio da Organização, da nossa Organização.

Por outro lado, em 1974 o Brasil definiu uma política nacional de saúde pela primeira vez e começou a implementá-la de maneira metódica, decidida, passo a passo, e essa implementação exigiu modificações muito grandes no nosso quadro de saúde e, portanto, também modificações na colaboração prestada pela Organização Pan-Americana da Saúde. Programas precisaram ser suprimidos, outros modificados e programas novos tiveram que ser constituídos, dentro da estrita observância da constituição e das normas que regem a gestão financeira da Organização, conforme o reconheceu o Sr. Auditor Externo.

A Organização foi capaz de rapidamente compreender a nova situação, fazer um diagnóstico preciso das evoluções em processo e adaptar-se imediatamente à nova situação, demonstrando flexibilidade e agilidade que realmente nos surpreendeu. De maneira que a experiência destes quatro anos, vendo a solicitude em querer atender aos países que poderiam ser beneficiados pela colaboração brasileira, a rapidez com que agiu a OPAS nessas situações, vendo a inteligência e a flexibilidade com que a Organização compreendeu a situação brasileira e se adaptou prontamente, nós, além das fortes razões provenientes dos acordos de chancelaria, ainda temos essa experiência pessoal para cumprir aqueles acordos prazeirosamente, apoiando a candidatura do Dr. Héctor R. Acuña, apesar da grande admiração que temos, pessoalmente, por outros candidatos igualmente dignos desse cargo.

El Dr. CALLES (México): Deseo únicamente agradecer al delegado de Colombia el haber postulado al candidato mexicano y agradecer también a los delegados de Brasil y Costa Rica el haber secundado esta postulación.

El Dr. SAIED (Panamá): Con profunda pena cumplo la misión de comunicar que el Dr. José Renán Esquivel, médico panameño, candidato al puesto de Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, ha retirado su candidatura por motivos de índole personal. Quiero aprovechar la ocasión para, en nombre de mi Gobierno, expresar nuestra gratitud y profundo agradecimiento a todos los Gobiernos que tuvieron a bien respaldar la candidatura del Dr. Esquivel. Lo hemos hecho ya personalmente, lo hacemos ahora públicamente.

El Dr. IRAN (Argentina): Hemos observado durante el último período de gestión de la Organización Panamericana de la Salud la dinámica impuesta por la actual dirección. La nueva tónica ha evidenciado a la Organización como un ente capaz, competente y ejecutivo. Reconocemos que la gestión del Dr. Acuña ha sido un muy importante factor en este cambio. La continuidad de esta acción es a nuestro juicio de fundamental importancia. Nuestro país ha

trabajado en estrecha colaboración con esta gestión y observamos que la respuesta ha sido altamente positiva para las necesidades de salud de nuestro país. Por tal razón, sin perjuicio de la respetuosa consideración de los demás candidatos a quienes individualmente expresamos nuestra admiración, prestamos apoyo a la candidatura del Dr. Acuña para su reelección.

El Dr. GODOY (Paraguay): Nuestra Delegación ha recibido expresas instrucciones del Gobierno constitucional de nuestro país para prestar apoyo al candidato oficial de una nación muy cara a los sentimientos amistosos de nuestro pueblo como es la República del Ecuador. Muy buenos amigos me han encomendado la misión de presentar a consideración de los delegados el nombre del Dr. Asdrúbal de la Torre para ocupar la dirección de la OSP. Nuestra Delegación quiere dejar constancia que a nuestro juicio la postulación que nos permitimos realizar no desmerece en nada los altos méritos y cualidades que adornan la personalidad de los otros dignísimos representantes propuestos en esta oportunidad. Destacamos que con el Dr. Héctor R. Acuña nos une una larga y profunda amistad. Creemos con esta postura contribuir al espíritu altamente democrático de la OPS, demostrado en memorables jornadas en las cuales hemos asistido, teniendo en cuenta nuestra larga militancia en las funciones que hasta el momento estamos ocupando.

El Dr. Asdrúbal de la Torre es un meritorio profesional médico con 22 años de ejercicio de la carrera médica. Hombre de reconocida mentalidad universal, pues destacó y destaca como médico, como administrador, como periodista y como fino político. En el campo médico ha trabajado como médico rural. En el municipio de Quito durante varios años ha sido funcionario del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social en calidad de médico de consultas a domicilio durante 10 años, y se especializó en pediatría en el Instituto de Puericultura de Río de Janeiro. Como periodista ha sido durante 25 años editorialista del diario "El Comercio", el periódico más importante de la República del Ecuador, y ha ocupado por varios períodos la presidencia de la Unión Nacional de Periodistas del Ecuador. Fue fundador y presidente del Centro de Estudios Superiores de la Comunicación para América Latina, organismo internacional regional, puesto en el que continúa desde hace nueve años. Como administrador y como político fue elegido Concejal de la ilustre municipalidad de Quito, donde desempeñó la vicepresidencia del Consejo y actuó como alcalde alterno de la ciudad. Auspició en el municipio capitalino la creación de empresas municipales de carácter social, como las de agua potable, alcantarillado, pasteurizadora de leche, etc.

En el municipio de Quito desempeñó durante siete años la presidencia de la comisión de salubridad. Es Ex-ministro de Salud del Ecuador, función que desempeñó durante 30 meses, y en la que desplegó una gran actividad de amplio sentido social y comunitario. Sus programas de inmunizaciones, construcción de sistemas de agua potable y alcantarillado, así como de innumerables establecimientos de salud, han permitido cambios fundamentales en el mejoramiento de la salud de la población ecuatoriana. En el campo internacional ha intervenido en múltiples certámenes relacionados con la salud, la administración y el periodismo.

La OPS ha participado y constatado sus condiciones de renovación y de practicabilidad. Fue designado Vicepresidente del Consejo Directivo celebrado en México y de la IV Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas, y vicepresidente de la V Reunión de Ministros de Salud del Area Andina celebrada en Santa Cruz (Bolivia). Ha recibido varias condecoraciones nacionales e internacionales, entre las que merecen destacarse la condecoración Sebastián de Belalcázar, la más alta que concede la ciudad de Quito, y una mención internacional otorgada por su activa participación como periodista en favor de la libertad de prensa.

Así, en apretada síntesis, hemos podido esbozar las cualidades y los merecimientos que adornan al candidato propuesto por nuestro país y por la República del Ecuador.

El Dr. BERMEO (Ecuador): Agradezco sobremanera el gesto elocuente del Ministro de Salud del Paraguay al presentar a la consideración de la XX Conferencia Sanitaria Panamericana el nombre del candidato ecuatoriano, Dr. Asdrúbal de la Torre, para ocupar el cargo de Director de la OSP. Mi país ofrece a la salud del Continente un médico de altas cualidades humanas, profesionales y administrativas.

El Dr. GONZALEZ (Uruguay): El Gobierno del Uruguay, como es de conocimiento de todos ustedes, ha patrocinado desde hace ya largo tiempo la candidatura del ilustre médico compatriota, el Dr. Miguel Dicancro, para ocupar la dirección de la OSP. Lo hemos hecho con vigor y entusiasmo porque reconocemos en la trayectoria y la capacidad del citado galeno condiciones excepcionales para asumir tan alta responsabilidad.

Basta mencionar su comienzo como simple médico rural, hasta alcanzar las posiciones de Ministro de Salud Pública de nuestro país, desempeñándose posteriormente como miembro del Comité Ejecutivo de esta Organización y en los últimos años como alto funcionario de la misma. Sin embargo, esta Delegación, ante su propio pedido, tiene el penoso deber de declinar esa candidatura y en aras a mejores propósitos de un mejor funcionamiento de la OPS, propiciar la elección de un nuevo director de este organismo entre dos grandes figuras de la salud pública del Continente. Nos referimos al brillante Ex-ministro de Salud Pública del Ecuador, el Dr. Asdrúbal de la Torre, cuya reseña biográfica ha sido expuesta con claridad por el Señor Ministro de Salud Pública del Paraguay, y por otro lado la figura de un gran sanitarista de nuestra América, el gran médico venezolano, Dr. Rogelio Valladares.

Se trata indiscutiblemente de una opción muy difícil que tiene que encarar esta Delegación y, ante ella, va a optar por la personalidad del Dr. Valladares. Esta actitud del Gobierno y de la Delegación del Uruguay tiene particular significación si se tiene en cuenta que nuestro país y la República de Venezuela no mantienen relaciones diplomáticas por encontrarse las mismas circunstancialmente suspendidas. Pero es que aquí debe prevalecer, frente a las diferencias pasajeras, la filosofía del panamericanismo que inspirara el gran Simón Bolívar, y sobre todo debe lograrse mediante la elección de un candidato de las virtudes del Dr. Valladares un nuevo enfoque de la dirección de esta importante Organización, un enfoque de ponderación y de diálogo que creemos no ha existido en la manera deseada.

Para dar brevemente algunas razones que han definido la decisión de esta delegación, cumpliré simplemente con destacar del extenso y rico historial del Dr. Rogelio Valladares los siguientes hechos: su título de Doctor en Ciencias Médicas obtenido en la Universidad Central de Venezuela el 2 de octubre de 1940; el de Master in Public Health, alcanzado en la Harvard School of Public Health el 26 de junio de 1945; su profunda actividad docente como catedrático de tuberculosis y neumología; su extensa vinculación a la función sanitaria en su país, que se remonta al año 1941, y su permanente y prolongada relación con la OPS que se origina en 1950, cuando fue Delegado de su país en la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana que tuvo lugar en Ciudad Trujillo (República Dominicana), lo que le permitió posteriormente ser miembro y presidente del Consejo Directivo de la OPS, y miembro y Presidente del Consejo Directivo de la OMS.

El Dr. Valladares tiene más de 36 trabajos publicados de alta calidad científica sobre los temas de su especialidad y es sobre todo un hombre culto, ponderado y abierto al diálogo constructivo. Sus amplios conocimientos, su larga experiencia y las condiciones personales que lo adornan permiten asegurar que, de ser electo, las nubes amenazantes que se ciernen sobre esta Organización y que hemos apreciado políticamente en las sesiones anteriores se diluirán sin consecuencias y el organismo podrá continuar con más fuerza y eficacia su obra tan cara a los intereses de América. Por ello la Delegación del Uruguay, al declinar la candidatura al Dr. Dicancro, propicia con entusiasmo la del Dr. Rogelio Valladares e invita a los delegados de los países que habían comprometido su apoyo a la candidatura del Dr. Dicancro a que lo brinden ahora en favor de la candidatura del Dr. Valladares.

The PRESIDENT: If there are no more nominations I will ask Dr. Williams to read the Rules of Procedure.

The SECRETARY: There are a series of provisions in the Constitution and in the Rules of Procedure of the Conference which govern the procedures for this election. These procedures were presented to and discussed by the General Committee at its meeting yesterday afternoon and were referred to in the report of the General Committee which was presented to the Conference this morning.

I will read them as carefully as I can, because they are important. I have been asked several questions by the Delegates about the procedures, so first I will cite the particular provisions of the Constitution and the Rules of Procedure. First, Article 4 of the Constitution, which reads as follows: "The Conference shall elect the Director of the Bureau in accordance with Article 21, paragraph A of the Constitution." Article 21, paragraph A of the Constitution reads as follows: "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 procedure is 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 32 Members. Thus the majority required is 17. It is important to note that the successful candidate must have 17 votes regardless of the number of votes cast for the Director. The successful candidate must receive 17 votes, which is a majority of the number of the Members of the Organization. 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."

Mr. President, the General Committee also approved a procedure for carrying out the election that is identical to the procedures that we have just gone through with respect to the election of the Executive Committee, so that unless any Delegate wishes me to, I will dispense with the reading of those procedures because they are already familiar to delegates. It remains, before the Conference begins to vote, for you Mr. President, to appoint two tellers from among the Delegations present, who should come to the rostrum and sit on the far left hand end of the podium and have the responsibility for counting the votes.

Dr. MILLER (Barbados): Mr. President, again by way of a query, I would be grateful if the Secretary would inform us of the time lapse which may occur between ballots. If it happens that there is more than one ballot, will there be a time lapse between the two ballots?



Before the Secretary answers the question, I am grateful that the rules governing the procedure for this election have been read out to us all, and I do hope that we have ourselves read these rules with care. It is with great respect that I disagree with the interpretation of the Secretary on the rules governing the election to the Executive Committee. It is my view that the business of voting for members who have or have not been nominated applies only to the election of the Director of the Bureau and not to the election of nominees to the Executive Committee; and as I said, I am grateful that the rules have been read.

Mr. President, as we go further and further into the reading of these rules it is my considered legal opinion that some of them are not worth the paper on which they are written; and I reiterate what has been said on more than one occasion before in this Conference, that the rules need to be reviewed at the earliest opportunity. I would be grateful if the Secretary would inform us as to any time lapse which may occur inbetween ballots.

The SECRETARY: In reply to the question from the Delegate of Barbados, I should say again, as I have said before, that the rules are silent on the question of the gap between ballots. It has been, however, the custom in the Conference when more than one ballot has been required to permit a gap if any delegate so requests. If no delegate requests a recess, there will be none, but it has generally been agreed that any delegate who may wish to request a recess may do so, and in my experience the Conference has always agreed to this.

I should just like to say in response to what the Minister of Health from Barbados has said about the Rules of Procedure, echoing what the Delegate of Trinidad and Tobago said earlier, that we are in full agreement, and Dr. Acuña has already indicated that he will indeed study the Rules of Procedure and review them very carefully, and present modifications as shown by this meeting to be necessary to the Executive Committee, which in turn will approve them and present them four years from now to the Conference.

The PRESIDENT: I take great pleasure in appointing Dr. Chiarini of France and Dr. Cruz of Chile as the tellers for the purpose of this election.

The SECRETARY: Mr. President, at your request I shall read the names of the Delegations in English alphabetical order, and ask them to come as I read their names, to the ballot box, and deposit their ballots in the box: Argentina, Bahamas, Barbados, Bolivia, Brazil, Canada, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominican Republic, Ecuador, El Salvador, France, Grenada, Guatemala, Guyana, Haiti, Honduras, Jamaica, Kingdom of the Netherlands, Mexico, Nicaragua, Panama, Paraguay, Peru, Suriname, Trinidad and Tobago, United Kingdom, United States of America, Uruguay, Venezuela.

Mr. President, all 32 delegations present have deposited their ballots in the box.

The PRESIDENT: Number of ballots cast, 32. Number of valid ballots, 32. Number of ballots null and void: zero. Majority 17. Votes in favor of Dr. Hector Acuña, 18; votes in favor of Dr. de la Torre, 2, votes in favor of Dr. Valladares: 12. I declare Dr. Acuña elected. (APPLAUSE)

I now invite the Delegates of Colombia and Argentina to escort Dr. Acuña back to the hall. (APPLAUSE) Well, it is obvious, but I still have to inform you, Dr. Acuña, that you have been elected Director of the PASB for the next four years. If you wish to say anything. . .I give the floor to Dr. Acuña, Director.

El Dr. ACUÑA (Director): Primero les quiero rogar a ustedes que me permitan una pausa, pues la emoción siempre interfiere con los pensamientos. Quiero decirles en español a todos ustedes, muchas gracias, pero al mismo tiempo pedirles ayuda. Llevar la Organización durante cuatro años no es una empresa fácil. Hacer lo que los gobiernos quieren es muy difícil, y mi intención es hacer lo que ustedes manden, no lo que yo piense que sea mejor para los gobiernos, sino lo que ustedes piensen que es lo que sus gobiernos, sus países, requieren de la Organización. Ahora les voy a suplicar también que me permitan dirigirles en inglés unas muy breves palabras.

It is with a deep feeling of appreciation that I thank you, honorable Delegates, for your expression of confidence in electing me as Director of the Pan American Sanitary Bureau for another four years. In accepting this honor, I want to assure each of you of my continued devotion to furthering the cause of public health in each of our Member Countries and focusing the resources of this great Organization to accomplish this objective. I approach the years ahead with great optimism. There is much to be done, and our resources are always limited; but with your help and guidance we will do our utmost to use these resources efficiently and effectively for the good of all people in this Hemisphere.

We live in times of great turmoil in all walks of life, and some of this unrest has touched the Organization. Possibly this is the environment that may always be with us in our public and private lives. However, it is up to all of us to look beyond what I may refer to as "nonproductive initiatives" and to focus that attention on the positive. I approach my second administration with great hopes and expectations.

There is little more that needs to be said at this time. Many words have been spoken, maybe too many. It is now time for collective action. As I mentioned, the Organization, and I personally, need your guidance to cope with unusual problems, professionally and administratively. I look forward to working closely with the Executive Committee in studying the many matters requiring attention and in bringing specific recommendations before you for consideration. Again, my deep felt appreciation for your confidence in me; and may I assure you that I plan to lead the Organization in a manner that befits this confidence. (APPLAUSE)

Dr. MOHAMMED (Trinidad and Tobago): I know it is late, and I will not delay the distinguished Delegates and Ministers. I would like to take this opportunity to express our warm and sincere congratulations to Dr. Acuña on

his re-election to this very important office, and also to offer my congratulation to Dr. Valladares and Dr. de la Torre for the good fight they have put up in thorough democratic tradition. The distinguished career of these three gentlemen made it a very difficult choice; but the will of the people has spoken and it is my earnest appeal that everybody will now close their ranks and work for the solidarity and progress of the Pan American Health Organization.

In my capacity as President of the World Health Assembly for the current year, I was very concerned, as I said in my opening remarks, that we really have seen the disintegration of the Regional Body (PAHO) because of internal dissatisfaction within the Organization. I would like to suggest that for Dr. Acuña, the first task will be to bring peace and stability within the ranks of the staff of the Secretariat of the Pan American Health Organization. This will require a high degree of statesmanship. There should be no bitterness or victimization, and my view is that whatever has happened should be seen to make this Organization stronger than it was before. The experience of the last few months, the heavy campaigning, the literature which was distributed, as was said before, did not do us any good, and the first assignment for Dr. Acuña will be to seek to resolve these problems and to ensure that we do not acquire a reputation for this sort of situation.

The second concerns a number of points raised in plenary and in committee, and in our private discussions. Dr. Williams mentioned that he was instructed by the Director to consider some of these points and to make proposals to the Executive Committee for consideration in four years time. I am afraid, Mr. President, that four years is too long; the Organization might die by then. We must get some action within the shortest possible time. I do not particularly like the manner in which the Executive functions here or at WHO, or the procedures by which the executives spend a lot of time on routine matters and do not seek out fundamental issues to transform the Organization into a constructive and vibrant body. Thus, the Executive itself will have to take stock, and to take the initiative rather than wait until the Secretariat at the Pan American Health Organization puts things before it.

I would like to say with respect to the matter of amendments we have raised here, that we have already decided to put forward a paper for consideration by the Executive Committee next week here in Grenada. I do not expect the Executive Committee to take decisions next week, but I cannot accept that we must wait four years in order to change the rules of this Organization. If we have to call a special meeting to amend the Rules of Procedure and the Constitution of PAHO, then we must do it; but we cannot wait four years. I am hoping that within one year we will have this matter attended to.

I am deeply sorry to hear, in view of his immense administrative ability and the assistance which he has given to so many people, that Dr. Williams will be leaving the Organization. He has been a force for

stability, and I trust that we will be able to utilize his talents in some way to help us through this period of change and transformation.

Once again, Mr. President, I congratulate Dr. Acuña, as well as the candidates who have not been successful, and I look forward to harmonious and close cooperation between all the parties concerned, so that we may all work for the benefit not only of the people we represent, but for mankind as a whole.

El Dr. CALLES (México): Deseo, en nombre de México y en el propio, agradecer la confianza depositada al votar por el Dr. Héctor R. Acuña y pedir públicamente al Director que, como mexicano, se esmere durante su gestión en cumplir óptimamente con el encargo y la confianza en él depositadas por los delegados de los países de América aquí representados. Felicidades Dr. Acuña y le deseo, con todo cariño, que se lleve a cabo el cumplimiento de lo aquí expresado.

The SECRETARY: I only want, very briefly, first to thank the Minister of Health of Trinidad and Tobago for his kind words about me and, secondly, to explain that, perhaps due to my own inadequacy in terminology, I failed to convey when I pointed out that it will not be possible to change the Rules of Procedure of the Conference until the next Conference, because under the Constitution, each of the three Governing Bodies of the Organization has the privilege and the duty to prescribe its own Rules of Procedure. This means that the Conference may not change the Rules of Procedure of the Conference until the Conference which meets four years from now. On the other hand, the Directing Council has full authority to amend the Constitution and to change its own Rules of Procedure. The Executive Committee has full authority to change its Rules of Procedure. So I would just like to assure the Minister of Health of Trinidad and Tobago that this process can go forward immediately.

The PRESIDENT: I will now ask the Rapporteur to draft the resolution confirming the re-election of Dr. Acuña as Director of PASB.

The session rose at 12:30 p.m.  
Se levanta la sesión a las 12:30 p.m.



# XX PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE

## XXX REGIONAL COMMITTEE MEETING

ST. GEORGE'S, GRENADA  
SEPTEMBER - OCTOBER 1978

Wednesday, 27 September 1978, at 2:45 p.m.  
Miércoles, 27 de septiembre de 1978, a las 2:45 p.m.

CSP20/MP/7  
27 September 1978  
ORIGINAL: ENGLISH-PORTUGUESE-  
SPANISH

PROVISIONAL VERBATIM RECORD OF THE SEVENTH PLENARY SESSION  
ACTA PROVISIONAL TAQUIGRAFICA DE LA SEPTIMA SESION PLENARIA

President: Mr. H. G. Preudhomme Grenada  
Presidente:

Contents  
Indice

Election of the Moderator and Rapporteur for the Technical Discussions  
Elección del Director de Debates y del Relator de las Discusiones Técnicas

Item 17: Proposed Biennial Program and Budget Cycle for the Pan American  
Health Organization

Tema 17: Propuesta de un ciclo de programa y presupuesto bienal para la  
Organización Panamericana de la Salud

(continued overleaf)  
(continúa al dorso)

Note: This verbatim record is provisional. Delegates are therefore requested to notify Document Services (Room A-I) of any changes they wish to have made in the text. The texts of the verbatim records will be published in the Proceedings of the Meeting.

Nota: Esta acta taquigráfica es provisional. Se ruèga a los señores Delegados tengan a bien comunicar al Servicio de Documentos (Hab. A-I) las modificaciones que deseen ver introducidas en el texto. Los textos de las actas taquigráficas se publicarán en las Actas de la Reunión.

Contents. (cont.)  
Indice (cont.)

- Item 18: Proposed Amendments to the Constitution of the Pan American Health Organization
- Tema 18: Proyecto de enmiendas a la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud
- Item 12: Reports of the Member Governments of the Organization on Public Health Conditions and Progress Achieved During the Period between the XIX and XX Pan American Sanitary Conferences (continued)
- 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 XIX y la XX Conferencia Sanitaria Panamericana (continuación)
- Report of the Delegation of Suriname
  - Informe de la Delegación de Suriname
  
  - Report of the Delegation of Bahamas
  - Informe de la Delegación de Bahamas
  
  - Report of the Delegation of Paraguay
  - Informe de la Delegación del Paraguay
- Presentation of Dr. George Alleyne on behalf of the Advisory Committee on Medical Research
- Presentación del Dr. George Alleyne en nombre del Comité Asesor sobre Investigaciones Médicas

ELECTION OF THE MODERATOR AND RAPPORTEUR FOR THE TECHNICAL DISCUSSIONS  
ELECCION DEL DIRECTOR DE DEBATES Y DEL RELATOR DE LAS DISCUSIONES TECNICAS

El Dr. GUTIERREZ (Cuba): Mi Delegación tiene el alto honor de presentar a la consideración de la Conferencia la proposición del Dr. Wilfred A. Lee, de la Delegación de Guyana, para el cargo de Moderador de las Discusiones Técnicas. El Dr. Lee es un funcionario de eficaz ejecutoria y amplia experiencia en las cuestiones técnicas referentes a problemas tan complejos como es el de la producción farmacéutica, su distribución, sus aspectos de costos y su repercusión sobre la situación de salud de nuestros países, y ocupa el importante cargo de Director de la Corporación Farmacéutica del Gobierno de Guyana, por lo que estimamos que sería la persona idónea para desempeñar el cargo. Además de farmacéutico, el Dr. Lee es graduado en química, y en administración y mercados, habiendo desarrollado un amplio y eficaz trabajo en organismos internacionales, como la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo (UNCTAD) y la Comunidad del Caribe (CARICOM), además de representar a Guyana como país coordinador en la esfera de políticas farmacéuticas del Movimiento de Países no Alineados.

La Delegación de Cuba, pues, solicita el apoyo de los distinguidos delegados a nuestra proposición, en la seguridad que el Dr. Lee sabrá conducir en forma adecuada las Discusiones Técnicas de esta XX Conferencia Sanitaria Panamericana.

El Dr. PADILLA (Venezuela): La Delegación de los Estados Unidos de América, en la reunión de la Comisión General de ayer, indicó su intención de postular la candidatura del Dr. Alvaro Llopis, de Venezuela, como Moderador de las Discusiones Técnicas. Agradecemos ampliamente esta postulación, pero ante la proposición del Delegado de Cuba, postulando al Dr. Wilfred Augusto Lee, que es un experto que ha trabajado en cuestiones farmacéuticas durante mucho tiempo, nuestra Delegación retira la candidatura del Dr. Llopis y apoya la del Dr. Lee.

The PRESIDENT: Are there any other nominations? If we have no further nominations, Dr. Lee has been elected Moderator.

It was so agreed.

Así se acuerda.

The PRESIDENT: I now invite nominations for the post of Rapporteur for the Technical Discussions to be held on Friday and Saturday.

Dr. RICHMOND (United States of America): I should like to put forward for the position of Rapporteur the name of Dr. Denise Leclerc-Chevalier of Canada, who as we know has a distinguished reputation of work in this field.

The PRESIDENT: Are there any other nominations? If there are no further nominations, Dr. Chevalier has been elected Rapporteur.

It was so agreed.  
Así se acuerda.

ITEM 17: PROPOSED BIENNIAL PROGRAM AND BUDGET CYCLE FOR THE PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION  
TEMA 17: PROPUESTA DE UN CICLO DE PROGRAMA Y PRESUPUESTO BIENAL PARA LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

Mr. MULDOON (Chief of Administration): I would like to refer to the documentation concerning the biennial program and budget which you will find behind tab No. 18 in your documents. A proposed biennial program and budget means that the PAHO program of technical cooperation will cover a period of 24 months instead of the traditional budget cycle, which covers 12 months. The adoption of a biennial program budget cycle will have a significant impact on the following activities of the Organization.

First of all, the review of the proposed program budget by the Governing Bodies will take place on odd-numbered years only. The Executive Committee will review and recommend to the Directing Council on the proposed biennial program budget every other year on odd-numbered years. For example, during its meeting in the summer of 1979, the Executive Committee will review and make its recommendations to the XXVI Directing Council, which will meet in September and October of 1979. The Directing Council will then approve the level of the programs for 1980 and 1981 and establish the tentative projections for 1982 and 1983. During the Executive Committee meeting of 1980, the agenda then can be devoted to technical matters, except for the interim financial report. There is the possibility that the meetings during the even years could be shorter. In 1981 the Executive Committee under a biennial program and budget system will deal again with program budget matters and will review and recommend the level of the program for 1982 and 1983 and establish the projections for 1984 and 1985.

Secondly, with regard to quota assessments, under a biennial budget cycle, quota assessments for Member Governments will be established to cover the approved level of program for the two-year period. However--and I would like to emphasize this point--the quotas will be payable in two equal installments due at the beginning of each calendar year of the biennium.

Thirdly, the effect on a financial period is as follows: programs of technical cooperation financed by the PAHO/WHO regular budget would have a cycle of 24 months; under the current system, as you know, appropriated funds are available for one year only. If not utilized at the end of this one-year period they revert to Working Capital Fund and are not available to the countries for use in the next year's activities. Under the biennial cycle system, Member Governments will have available, once it is signed, the funded program for the full 24-month period, so, as you can see, there is somewhat greater flexibility during the implementation of the biennial cycle.



Let us assume, for example, that we have a biennial program budget, possibly for the period 1980-1981, and let us assume that for a single Government, the quota for the two years was \$100. Under the biennial system, the quota will be paid in two equal installments: \$50 for the first year, due on 1 January and \$50 for the second year due in 1 January, so that for practical purposes, the system will be the same as the present quota system.

Now let us assume that a new Member Government was admitted to the Organization. If a new Member Government was admitted to the Organization and was accepted as a Member during the first year of the biennium, that is, 1980, then its quota payment would be \$100 for the two years, even though it was admitted any time during this first year of the biennium. However, if a new Member Government was admitted during the second year of biennium, in this case 1981, its quota payments would be \$50 only.

From time to time, as you know, the OAS scale of assessments, which PAHO follows, changes. Let us assume that the OAS got a new scale of assessments, which was introduced during the year 1980. There would be no change in the scale of quota assessments for PAHO during that year. It would become applicable during the second year.

Let me briefly review a few points which you will find in the document before you indicating what the impact of some of these changes would be. In the first paragraph of Document CE80/13 you will find a brief background which I think is self-explanatory. Essentially what it says is that the Thirtieth World Health Assembly adopted a biennial program and budget cycle for WHO. Paragraph 2 simply takes note of the adoption by the majority of the Member Governments of the constitutional amendments to the WHO Constitution allowing the World Health Organization to adopt a biennial program and budget system for the years 1980-1981. Paragraph 3 simply provides background on actions and resolutions adopted by other Members of the United Nations family which also function under a biennial budget cycle system.

Paragraph 4 deals with what are generally considered to be the positive factors or advantages in adopting a biennial program and budget system, although there is no universal agreement on that point. First, the amount of time that Governing Bodies would be able to devote to matters other than program and budget would be increased. Secondly, the effort required from the staff of the Organization as well as officials of Member Governments in the formulation of yearly programming would be exerted only every other year instead of every year. Thirdly, the reduction in the actual cost of compiling, editing, translating, printing and distributing budget documents would obviously be reduced. Fourth, the establishment of a quota system of assessments for a two-year period would facilitate the inclusion of those contributions in national budgets of Member Governments because they would have advance notice of what quotas would be likely to be approved. Fifth, it would tend to promote longer-term program planning, which will result in better and more efficient delivery of programs of technical cooperation. Sixth, as a

result of longer-term planning, hopefully the efficiency and efficacy of the programs would also tend to be enhanced. Lastly, it would allow countries some measure of flexibility in the management and utilization of funds.

Some of the disadvantages of the biennial budget cycle which have been cited are that it might not be able to meet the rapid advances in the health field or changes in health requirements in a given country. Another disadvantage could be the exercise of control by Governing Bodies over the financial and budgetary affairs of the Organization. To avoid this, and to assure tight stewardship, the proposed plan calls for financial reports on an annual basis. Under a biennial system, it is proposed that one interim financial report would be submitted by the Director at the end of the first calendar year of the biennium. For example, at the meetings of the Governing Bodies in 1981, the calendar year 1980 would be the subject of an interim financial report. In other words, we would not wait to have our financial report cover the full two years of the biennium; it would be issued at the end of the first year. At the 1982 meetings, the Governing Bodies would have the opportunity to review the final financial report for the full biennium of 1980-1981.

Following the same pattern the Director would provide an interim report on quota collections for the first 12 months of the biennium and a final report covering the full 24-month period. These constitute the main issues which have been raised concerning the disadvantages of a biennial program and budgeting system. If the biennial program and budget system is adopted by this Conference, constitutional amendments will be required. Paragraph 5.1 deals with these constitutional amendments. As for the choice of the time for beginning a cycle, we are recommending 1980-1981 in order to be in unison with WHO. Additional measures will be required, such as changes in financial rules, regulations and other basic documents to reflect the new policy, if it is adopted. I would like to stress that these changes are designed to facilitate biennial budgeting, but would not otherwise alter the substance of any of the basic documents.

Paragraphs 6 and 7 of the Document contemplate the establishment of a scale of quota assessments to meet the financial requirements of the approved biennial program. As I indicated earlier, the fully quota assessment covers a two-year period, but the payments will be in two equal annual installments.

In connection with Paragraph 8, which deals with financial reports, may I add also that these will be accompanied by External Auditor reports. Paragraph 9 deals with the publication of the official budget document every other year. Paragraph 10 again stressed the continuation of annual program reviews. Finally, there is a model of the proposed resolution which you may wish to consider if you desire to recommend the adoption of a biennial program and budget cycle. Annex II shows the schedule of events which would take place if this is adopted by the Conference.

The PRESIDENT: I now invite the representative of the Executive Committee to make his report on this item.

Dr. CHARLES (Executive Committee): Mr. Chairman, the subject of biennial budgeting, which has been in the air, in the WHO air, for over six years, was reviewed and discussed at the 80th Meeting of the Executive Committee in July in Washington. The Committee had before it the document to which Mr. Muldoon has referred, namely Document CE80/14, Rev. 1, which is enclosed in the book of documents for this Conference.

The various advantages identified in the document were acknowledged, including the important one: the expectation that if the annual meeting of the Directing Council of the Pan American Sanitary Conference continues to be held each year, then on even years less time would need to be devoted to a review of the program and budget document, and more time would be made available for in-depth discussion of some of the technical aspects of this program and budget.

The Committee recognized the fact that since the Program and Budget document will be produced every two years, there would obviously be an alleviation of the work load of the Secretariat involved in producing the document.

The disadvantages listed in the Secretariat's document were also recognized as valid. For example, reference is made to the fact that rapid advances in the health field and changes in the health picture do take place in any one country. A program and budget approved for a two-year cycle may not permit the rapid adaptation that may become necessary.

On the other hand, since the ceiling of the budget is the only fixed item, unlike the details of the country programming, the Committee felt that particular disadvantage was not a very serious one, because by internal agreement between any one country and the Secretariat, the contents, the items, the programs approved for a specific country, could be adjusted to meet any changes in the local situation.

The Committee was concerned over the fact that under the present circumstances, the program and budget document presented to the Governing Bodies seldom reflects the true situation in respect to projects financed from extra-budgetary funds. As the Secretariat explained to the Executive Committee, the document presented, i.e., this year, Official Document 154, only reflects those projects financed, for example, by UNDP or UNFPA for which full agreement have already been negotiated. It was illustrated to the Executive Committee that invariably, by the budget operating year, the funds reflected in the document presented always exceeded by a short percentage the amount indicated in the initial agreements negotiated between individual countries and the other donor agencies.

To overcome partly this difficulty, the Executive Committee took note of the prompt agreement of the Secretariat to present an interim financial statement at the end of the first year of any given biennium. The Committee accepted the fact that Member Governments would benefit from their involvement in the meetings of the Governing Bodies of the Pan American Health Organization on biennial programs and budgeting exercise, and apply some of the off-flow of this longer term planning exercise, to their own areas, thereby, improving the planning process of the countries of the Region.

Because of these considerations, the Executive Committee adopted the resolution appearing on pages 8 and 9 of Document CE80/13, Rev. 1 and by so doing, decided to recommend to the XX Pan American Sanitary Conference favorable consideration for this particular proposal. Moreover, in the course of the discussions on the subject, it was confirmed that at the last World Health Assembly, when biennial programming and budgeting was formally accepted for the World Health Organization, the majority, if not all Members present at this particular conference, had voted in favor of the system for the World Health Organization. It was, therefore considered almost automatic that the same system would be adapted and accepted to put into practice for a Regional Body of the World Health Organization.

Mr. GREEN (Guyana): Since a number of territories are unequal in their economic circumstances and since there is every likelihood that some Members may not be able to make their first quota contributions at the time designed by PAHO, it would seem to me that in planning your two-year budgeting approach, there should also be some resources, some funds, in PAHO, which could be utilized to meet this projected operational cost, pending the receipt of quotas. Failing this, because of the longer planning span, there is every likelihood that the funds to meet operations could be in jeopardy. I should like to be assured that there is some sort of financial resource for that eventuality.

I should like also to be assured as to the authority within PAHO which would authorize the release of funds from that source in the interim, and I should like to be satisfied that the level of those funds are adequate, in view of the longer financial planning period.

Dr. MACHADO (Brasil): O Brasil já expos seu ponto-de-vista no Comitê Executivo a respeito do assunto que está sendo discutido. Na verdade, trata-se teoricamente de impôr um compromisso aos governos; teoricamente, porque logo a seguir se propõem revisões anuais que podem modificar um programa e, portanto, duplicar o orçamento e modificar a quota de cada país.

O que está sendo proposto aqui tem duas funções: uma a de um exercício administrativo, outra a de seguir uma recomendação da Organização Mundial da Saúde. Talvez fosse mais prudente esperar os resultados da experiência da Organização Mundial da Saúde antes de implantar em definitivo um sistema de orçamentos bienais.

Se compararmos as vantagens e os inconvenientes, vamos a verificar que um dos inconvenientes indicados pela própria Secretaria é a dificuldade de prever necessidades. Esta manhã o Chefe da Delegação brasileira teve oportunidade de referir-se à satisfação com que observou a Organização e o seu Diretor ajustarem-se, com muita facilidade, sem orçamentos bienais às modificações rápidas necessárias aos objetivos dos projetos no Brasil.

A Delegação brasileira não vai se opôr, nem vai continuar argumentando contra as assembléias anuais, mas chamo a atenção dos Senhores Representantes de outros países no sentido de que talvez isso possa ser considerado e posto em operação tão somente como um exercício administrativo.

Dr. ANDREW (United States of America): My Delegation fully supports the proposal made to this body by the Executive Committee. My Government feels that it would be well for our Organization to have the same kind of timetable that the World Health Organization has, so we would certainly hope that the Executive Committee's recommendation will be acted upon favorably by the Conference.

El Dr. RECINOS (Guatemala): Mi país, al analizar esta propuesta, piensa que la misma supera los aspectos de rigidez que tienen los presupuestos anuales para hacer ajustes. Además, permite una mayor continuidad a los programas y un mayor tiempo de asignación de los recursos. En el caso del recurso humano, es difícil obtener consultores a corto plazo, y más aun conseguirlos por un año. Los países podrían tener problemas en aquellos casos en que sus presupuestos son aprobados anualmente, como sucede en Guatemala, ya que no estarían en condiciones de comprometerse más allá de este período, pero el asunto se puede discutir y llegarse a un consenso definitivo de ambas partes.

Para la OPS la propuesta tendría la ventaja de facilitarle la preparación del presupuesto cada dos años y solo obtener rendiciones año a año, así como establecer, un mejor sistema de control. Quizás todos estamos de acuerdo considerando las ventajas que el sistema podría ofrecer.

El Dr. ACUÑA (Director): Aunque el Sr. Muldoon podría referirse con más detalles a los asuntos planteados, yo quisiera agradecer, en primer lugar, el apoyo que se le da a la posibilidad de adoptar un ciclo de programa y presupuesto bienal para la OPS, en lugar del anual que tenemos actualmente. Considero que la razón más importante es el hecho de que los propios países aquí representados adoptaron este ciclo de programa y presupuesto al votar en favor de su adopción en la OMS, lo que quiere decir, que nosotros ya tenemos la obligación, a partir del bienio 1980-1981, de atenernos al ciclo bienal en nuestro componente del programa y presupuesto de la OMS. Por lo tanto, sería lógico pensar que si ustedes adoptan también para el programa y presupuesto de la OPS el ciclo bienal, esto no haría más que conformar en uno solo el programa y presupuesto para la Región de las Américas, como fueron los propósitos y objetivos iniciales de la OPS y de la OMS cuando firmaron el acuerdo correspondiente.

Ahora bien, el Señor Ministro de Salud de Guyana se refirió a la necesidad de tener un capital de trabajo que garantice efectivamente que podremos llevar a cabo este programa y presupuesto en el plazo de dos años. Yo quisiera destacar que en el Tema 19 del programa precisamente vamos a tratar el asunto relacionado con el nivel del capital de trabajo de la OPS, que tiene relación directa, como él lo señaló, con el ciclo de programa y presupuesto bienal.

Agradezco al Dr. Costa, Delegado del Brasil, la referencia que ha hecho acerca de la flexibilidad que tiene ahora el programa y presupuesto para atender a los deseos y prioridades de los Gobiernos. Pero obviamente con el ciclo bienal no se dejaría de tener esa flexibilidad y prontitud para atender a las prioridades de los Gobiernos. Por el contrario, pensamos que el sistema daría aún mayor flexibilidad y además ofrecería la gran ventaja de que podríamos

planear en una forma básica, contando ya con una aprobación tácita de la Conferencia o del Consejo Directivo para los dos años siguientes.

Yo quisiera agregar que esto de ninguna manera significa que los Gobiernos tendrían que pagar cuotas bienales, sino que las cuotas serían divididas, una vez que ustedes aprueben el programa y presupuesto, en dos anualidades que no serían diferentes de las que ahora pagan, con la gran ventaja de que con dos años de antelación los países sabrían lo que van a pagar no solo el año próximo, sino el siguiente.

El Sr. Muldoon, quien con mucho gusto podría ampliar estas explicaciones, me ha hecho una observación que me parece muy pertinente, donde dice que el sistema le daría también la posibilidad a los Cuerpos Directivos de concentrar mayor su atención en el programa y presupuesto cada dos años y dejar los años intermedios para tratar asuntos netamente técnicos o políticos.

Mr. MULDOON (Chief of Administration): Just one brief footnote to add to what the Director said regarding the quota contributions--the question raised by the Delegate from Guyana. Under the system that we have described, the quota contribution payments by the Governments would be on an annual basis, so the practical effect on your Government would be to continue, as you do now, to make annual payments. Even though the budget would show the quota for two years, there would be two equal installments, and thus still be an annual payment made by the Governments and not a two-year payment at one time. Does that clarify your point?

Mr. GREEN (Guyana): Item 19 on the agenda appears to have the answer to my question. I appreciate that it would be an annual contribution, but it is a matter of providing funds from the working capital until the quotas begin to come in at the desired rate. I think Item 19 answers that.

ITEM 18: PROPOSED AMENDMENTS TO THE CONSTITUTION OF THE PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION

TEMA 18: PROYECTO DE ENMIENDAS A LA CONSTITUCION DE LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

Mr. MULDOON (Chief of Administration): Item 18 refers to the proposed amendments to the Constitution which would be required if this Governing Body adopts the proposed biennial program budgeting system. I refer you to Document CSP20/11 in your book of documents. Basically, the amendments to the Constitution are very few and very simple. No substantive changes have been proposed. It would be necessary to delete any reference to annual program and budgets and to revise any provisions affected by our biennial budget cycle. The Constitution in Chapter 8, Article 28, says, and I quote: "Proposals to amend the Constitution should be communicated to the Member Governments at least three months in advance for consideration by the Conference or the Council. Amendments should come into force for all Member Governments when adopted by the Conference by a two-thirds vote of the representatives of all Member Governments, or when adopted by the Council by a two-thirds vote of those representatives."

In order to meet this requirement, a letter from the Director containing the proposed amendments was sent to each Member Government dated 23 June of this year. These proposed amendments are contained in the annex to Document CSP20/11. In the event that this Conference adopts the proposed biennial program and budget, the Conference would need to approve these proposed constitutional amendments. As I indicated, they are merely changes which are designed to facilitate the implementation of a biennial program and budget; they do not in any other way alter the substantive content of the Constitution.

There are three proposed changes which may be summarized as follows: first, under Article 4, paragraph G and in Article 9, paragraph G, delete references to annual programs and budget and add the word biennial program and budget. So there is a one word change in both places from "annual" to "biennial." Under Article 6, paragraph B, the proposed change is intended to clarify the amount of arrears which could result in suspension of the voting privileges of a government. The Constitution now reads and I quote: "arrears in an amount exceeding the sum of its quotas for two full years."

Since under the proposed system the quota for the Member Governments will be in one quota contribution for the two-year period of the biennium but payable in two annual installments, it is deemed advisable that the provision of Article 6.B be changed to read: "The sum of its annual payments of contributions for two full years. . . ."

The proposed change would clarify this provision and maintain the intent of the Constitution that voting privileges should be suspended when a Member Government is in arrears in an amount exceeding payments for more than two full calendar years.

These amendments are considered to be required in order to adopt a biennial program and budget cycle. It is therefore recommended that if the Conference adopts a biennial program and budget cycle this proposed amendments be approved and included in the resolution covering agenda Item 17. A proposed resolution to this effect is included in Document CSP20/11.

El Dr. GUTIERREZ (Cuba): Quisiera una aclaración, señor Presidente. No votamos sobre el tema anterior. ¿Es que vamos a votar ahora en conjunto sobre los dos temas o votaremos sobre un tema primero y el otro después?

Mi Delegación está de acuerdo en aprobar un presupuesto bienal y en aprobar las modificaciones que hay que hacerle a la Constitución. Pero por una cuestión de tipo organizativa no se votó sobre el tema anterior y estamos pidiendo que se vote, y se necesita un número de votos determinado de acuerdo con el Reglamento para modificarlo. Por lo tanto queremos que se aclare si vamos a votar sobre los dos temas en bloque o si se votarán por separado.

The SECRETARY: In effect, the Delegate of Cuba is quite correct. This Conference is being asked to vote essentially on both items. They were scheduled to be presented and discussed together for exactly this reason. In order to give effect to the creation of a biennial system of budgeting, it is necessary to adopt the constitutional amendments which are summarized here under Item 18. If the Conference adopts these constitutional amendments, it adopts a biennial system of budgeting for the Organization and at the same time it provides the necessary amendments.

The Constitution provides that it may be amended with 90 days notice by the affirmative vote of two-thirds of the Members of the Organization. There are 32 Members in the Organization, so that there must be 22 affirmative votes in order to amend the Constitution.

El Dr. ACUÑA (Director): Deseo hacer referencia al Documento CSP20/11, que trata del tema 18 del programa, y en donde consta un proyecto de resolución que se somete a la consideración de la Conferencia, y que se refiere a la propuesta de un ciclo de programa y presupuesto bienal para la OPS, contenida en el Documento CESO/13, Rev. 1, presentado al Comité Ejecutivo.

Se trata de votar en estos momentos sobre los dos temas que se acaban de tratar, tal como se dice en el documento y según lo explicó el Dr. Williams. Pero antes de adoptar el proyecto de resolución habría que votar exclusivamente acerca de las modificaciones que se están proponiendo a la Constitución, y después aprobar dicho proyecto de resolución que hace suyas esas modificaciones, si es que la Conferencia las aprueba.

El Ing. ELMORE (Perú): Señor Presidente, deseo solicitar al Secretario de la Conferencia que ilustre a los distinguidos Delegados sobre si, cuando se trata de una enmienda a la Constitución, se debe votar obligatoriamente sobre cada artículo que se pretende enmendar o si se puede votar sobre varios artículos conjuntamente.



The SECRETARY: In reply to the question put by the Delegate of Peru, the Conference has the right to vote on the resolution paragraph by paragraph if it so wishes, and indeed I have the feeling that this is what Dr. Acuña intended to convey when he mentioned that the Conference may wish to give its attention first to the specific proposed amendments to the Constitution. Having approved them, the Conference then should vote on the resolution as a whole.

El Ing. ELMORE (Perú): Quiero aclarar el sentido de mi pregunta, sabiendo perfectamente bien que antes de votar la resolución general aprobatoria del proyecto bienal hay que considerar reformas a la Constitución de la OPS. Mi pregunta, entonces es sí, de acuerdo con la Constitución, cuando se estudian reformas a ella se debe votar estas reformas artículo por artículo que se quiere reformar. Como en el documento presentado se hace mención de tres artículos que habrían de sufrir modificaciones, deben saber si constitucionalmente hay que discutir y aprobar artículo por artículo con las enmiendas respectivas.

The SECRETARY: As I understand them, the rules do not require that the resolution be voted on paragraph by paragraph, or part by part. It is for the Conference to decide whether or not it wishes to approve this resolution as a whole or whether it wishes to approve the different amendments to the Constitution one at a time. These amendments are interdependent and it would seem inconsistent to approve one and not approve another because this would build a conflict into the Constitution. The Conference, if it wishes, may adopt the entire resolution by a single vote; this is perfectly proper.

Dr. BRYANT (United States of America): My Delegation would move that the Conference vote on this resolution as a whole rather than part by part.

El Dr. GUTIERREZ (Cuba): Apoyamos la proposición que se ha hecho. Existe un proyecto de resolución en el que se mencionan tres artículos que se modificarían en conjunto. Por lo tanto, simplemente votemos por esto y nos ahorraremos el tiempo, que bastante lo necesitamos para trabajar en esta Conferencia.

El Dr. ACUÑA (Director): La razón por la cual se ha propuesto votar primero independientemente sobre las reformas a la Constitución, es que reglamentariamente se requieren dos terceras partes de votos afirmativos para que sean aprobadas estas reformas. En cambio, el proyecto de resolución, que ya las contendría si ustedes las aprueban, no requiere más que mayoría simple. En otras palabras, no es posible la mayoría simple para adoptar modificaciones a la Constitución.

De tal manera que están ustedes ante la opción de votar por todas las modificaciones: las referentes al cambio del programa y presupuesto anual por el bienal. Como señaló el Dr. Williams, si se votan una por una estas modificaciones, podría ser que alguna no la encontraran razonable, con lo

que todo el propósito quedaría perdido. En realidad la idea es de que si se quiere aceptar un ciclo de programa y presupuesto bienal habría que hacer estas modificaciones. De otro modo no tiene sentido--si se va a adoptar un programa y presupuesto bienal, digamos en cuanto al Artículo 4 relativo a las funciones--que la Conferencia considerara y aprobara dicho asunto y en el siguiente punto no lo adoptara. Por lo tanto se deben considerar y someter las modificaciones propuestas en conjunto, en la inteligencia de que hay que contar con dos terceras partes de votos afirmativos para que sean aprobadas. Después se puede considerar el proyecto de resolución, punto por punto, en el entendido de que únicamente se requiere mayoría simple para ser aprobado.

Dr. MOHAMMED (Trinidad and Tobago): I think the matter is a very simple one and ought not to have occupied so much time. If it is the feeling of the Ministers and Heads of Delegation that, since we have accepted the principle of a biennial budget, we should seek to cut down time, then it seems to me that the officials of PAHO are moving in the right direction. We can now move to adopt the proposed amendments to Articles 4, 6 and 9. If this requires a two-thirds majority, we get a two-thirds majority, and if the resolution as a whole requires a simple majority, we will adopt it by a simple majority.

I therefore wish to propose that Articles 4, 6 and Article 9, as worded in the proposed resolution contained in Document CSP20/11, be approved. Then we can proceed with the proposed resolution as a whole.

The PRESIDENT: If there is no objection to the procedure suggested by the Delegate of Trinidad and Tobago, I shall put to the vote--a two-thirds majority is required--the proposed amendments to the PAHO Constitution contained in the proposed resolution. The proposed amended portions of Articles 4, 6 and 9 read as follows:

"CHAPTER II. THE CONFERENCE. Article 4. Functions

- C. The Conference shall review and approve the biennial program and budget of the Organization.

CHAPTER II. THE CONFERENCE. Article 6. Voting

- B. If a Government fails to meet its financial obligations to the Organization by the date of the opening of the Pan American Sanitary Conference or a meeting of the Directing Council, by being in arrears in an amount exceeding the sum of its annual payments of contributions for two full years, the voting privileges of that Government shall be suspended. Nevertheless, if the Conference or the Directing Council is satisfied that the failure of the Government to pay is due to conditions beyond its control, it may permit the Government to vote."

CHAPTER III. THE COUNCIL. Article 9. Functions

D. The Council shall review and approve the biennial program and budget of the Organization."

Decision: The proposed amendments to Articles 4, 6 and 9 of the PAHO Constitution were adopted unanimously.

Decisión: Se aprueban por unanimidad las enmiendas propuestas a los Artículos 4, 6 y 9 de la Constitución de la OPS.

Dr. MOHAMMED (Trinidad and Tobago): Now that we have approved the amendments in the form proposed by the Secretariat, I move that the proposed resolution contained in Document CSP20/11, as a whole, be approved.

The PRESIDENT: I invite the Conference to vote on the proposed resolution as a whole. It reads as follows:

"THE XX PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Having examined the report of the Director on the proposed biennial program and budget cycle for the Pan American Health Organization (Document CE80/13, Rev. 1);

Taking cognizance of the disadvantages identified, but acknowledging the advantages of introducing biennial budgeting as an integral part of biennial programming in PAHO;

Recognizing the desirability of conforming with the decisions taken by the Thirtieth World Health Assembly in Resolution WHA30.20 of introducing a biennial program budget at WHO beginning with the 1980-1981 biennium;

Noting that the first biennium for which biennial budgeting could become effective is the 1980-1981 biennium;

Noting the recommendations contained in Resolution VIII of the 80th Meeting of the Executive Committee;

Considering that Article 4, paragraph G, Article 6, paragraph B, and Article 9, paragraph D, of the Constitution of PAHO must be amended to enable the Organization to adopt a biennial budget cycle:

Bearing in mind the provisions of Article 28 of the Constitution which provides that, "Proposals to amend the Constitution shall be communicated to the Member Governments at least three months in advance of their consideration by the Conference or the Council. Amendments shall come into force for all Member Governments when adopted by the Conference by a two-thirds vote of the representatives of all Member Governments or when adopted by the Council by a two-thirds vote of those representatives," and

Noting that proposed amendments to the Constitution were sent to each Member Government at least three months in advance of their consideration by the Conference,

RESOLVES:

1. That the program and budget of PAHO shall cover a two-year period beginning with the biennium 1980-1981, and shall be reviewed and approved by the Directing Council on a two-year basis.
2. To instruct the Director of PASB to submit the first biennial program and budget during the Directing Council meeting of 1979, and every two years thereafter.
3. To approve the proposed amendments to the Constitution of the Pan American Health Organization, which read as follows:

CHAPTER II, THE CONFERENCE, Article 4. Functions

- G. The Conference shall review and approve the biennial program and budget of the Organization.

CHAPTER II, THE CONFERENCE, Article 6. Voting

- B. If a Government fails to meet its financial obligations to the Organization by the date of the opening of the Pan American Sanitary Conference or a meeting of the Directing Council, by being in arrears in an amount exceeding the sum of its annual payments of contributions for two full years, the voting privileges of that Government shall be suspended. Nevertheless, if the Conference or the Directing Council is satisfied that the failure of the Government to pay is due to conditions beyond its control, it may permit the Government to vote.

CHAPTER III, THE COUNCIL, Article 9. Functions

D. The Council shall review and approve the biennial program and budget of the Organization.

4. That all prior resolutions and decisions of the Governing Bodies shall be construed as conforming to this resolution."

"LA XX CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el informe del Director sobre la propuesta de un ciclo de programa y presupuesto bienal para la Organización Panamericana de la Salud (Documento CE80/13, Rev. 1);

Teniendo en cuenta las desventajas identificadas, pero reconociendo las ventajas de establecer el presupuesto bienal es como parte integrante de la programación bienal en la OPS;

Reconociendo la conveniencia de atenerse a las decisiones adoptadas por la 30a Asamblea Mundial de la Salud en la Resolución WHA30.20 de establecer un presupuesto bienal por programas en la OMS, a partir del bienio de 1980-1981;

Enterado de que el primer bienio para el cual podría establecerse el presupuesto bienal sería el de 1980-1981;

Tomando nota de las recomendaciones contenidas en la Resolución VIII de la 80a Reunión del Comité Ejecutivo;

Considerando que es necesario enmendar el inciso G del Artículo 4, el inciso B del Artículo 6 y el inciso D del Artículo 9 de la Constitución de la OPS a fin de que ésta pueda adoptar un ciclo presupuestario bienal;

Teniendo en cuenta las disposiciones del Artículo 28 de la Constitución: "Las propuestas de enmienda a la Constitución serán comunicadas a los Gobiernos Miembros por lo menos tres meses antes de que hayan de ser examinadas por la Conferencia o el Consejo Directivo. Las enmiendas entrarán en vigor para todos los Gobiernos Miembros cuando sean adoptadas por la Conferencia por el voto de dos tercios de los representantes de todos los Gobiernos Miembros o cuando hayan sido adoptadas por el Consejo Directivo con el voto de dos tercios de dichos representantes"; y

Tomando nota de que las enmiendas propuestas a la Constitución fueron enviadas a los Gobiernos Miembros por lo menos tres meses antes de que hayan de ser examinadas por la Conferencia,

RESUELVE:

1. Adoptar un programa y presupuesto bienal para la OPS a partir del bienio de 1980-1981, el que será examinado y aprobado por el Consejo Directivo cada dos años.
2. Encomendar al Director de la OSP que someta a la consideración del Consejo Directivo, en su reunión de 1979, el primer programa y presupuesto bienal y cada dos años después de esa fecha.
3. Adoptar las enmiendas propuestas a la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud, cuyo texto es como sigue:

CAPITULO II LA CONFERENCIA, Artículo 4. Funciones

- G. La Conferencia considerará y aprobará el programa y el presupuesto bienal de la Organización.

CAPITULO II, LA CONFERENCIA, Artículo 6. Votación

- B. Si un Gobierno deja de cumplir sus obligaciones financieras con respecto a la Organización, para la fecha de inauguración de la Conferencia Sanitaria Panamericana o del Consejo Directivo, por tener atrasos que excedan del importe de los pagos anuales de sus cuotas correspondientes a dos años completos, se suspenderán los privilegios de voto de dicho Gobierno. Sin embargo, la Conferencia o el Consejo Directivo podrán permitir que dicho Miembro vote si considera que la falta de pago se debe a condiciones fuera del control del Gobierno.

CAPITULO III, EL CONSEJO, Artículo 9. Funciones

- D. El Consejo examinará y aprobará el programa y el presupuesto bienal de la Organización.

4. Interpretar todas las resoluciones y decisiones precedentes de los Cuerpos Directivos de conformidad con lo dispuesto en la presente resolución".

Decision: The proposed resolution as a whole was adopted.  
Decisión: Se aprueba todo el proyecto de resolución.

The session was suspended at 4:10 p.m. and resumed at 4:35 p.m.  
Se suspende la sesión a las 4:10 p.m. y se reanuda a las 4:35 p.m.

- ITEM 12: REPORTS OF THE MEMBER GOVERNMENTS OF THE ORGANIZATION ON PUBLIC HEALTH CONDITIONS AND PROGRESS ACHIEVED DURING THE PERIOD BETWEEN THE XIX AND XX 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 XIX Y LA XX CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA (continuación)

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

Dr. VAN KANTEN (Suriname): Mr. President, distinguished Delegates, allow me to extend, first of all, my congratulations to those who have been elected to the honorable positions of this Conference and also to the countries that have been honored thereby. On behalf of the Government of the Republic of Suriname and of its Delegation, it is my privilege and pleasure to congratulate also Dr. Héctor Acuña Monteverde for having been reelected earlier this day to the high office of Director of the Pan American Sanitary Bureau. We wish him all the wisdom, serenity and strength that is needed for the proper execution of this task.

In view of the time schedule and agenda, I will be extremely brief in reporting on the health conditions of my country. The excellent information system of the Pan American Health Organization regularly keeps us up-to-date on what is going on in our countries, anyway, and you will find the available data on Suriname, if you look for it, as they have been submitted in writing for inclusion in the records.

Our country is completing its third year of national independence. Indications point toward a steady upward trend in all sectors of our development, including the health sector.

There has been some stagnation in the realization of our ambitious plans. For instance the all-inclusive National Health Insurance Scheme is not yet in operation and several projects linked to its financial and administrative control mechanism had to be postponed.

We are still having considerable difficulties in getting the right man in the right place in our small-scale system, and administrative infrastructure is still insufficient to monitor our accelerated development process. Both our human and natural resources challenge our will to improve the quality of life as much as possible, for as many as possible.

The health conditions in Suriname are part of that challenge, and we are grateful for being a Member of the great brotherhood of American Nations, for this provides us with the confidence and additional strength needed for further development.

The Pan American Health Organization and its capable experts are part of this great tradition, which all honorable delegates, here present, have come to appreciate so much. Let us, therefore, commit ourselves to preserve all that is of lasting value. Let us also utilize the treasure of accumulated experience and capacity to improve the Organization for the health and benefit of our people, all people, in this part of the world.

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

Dr. CHRISTIE (Bahamas): I, too, wish to extend congratulations from the Bahamas to the Director of the Pan American Sanitary Bureau on his reelection, and to all those who have been elected to participate in the affairs of this Organization.

The Bahamas Archipelago occupies an area of approximately 100,000 square miles of the North Atlantic Ocean, extending from 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 limits. It consists of 700 islands and 2,500 cays, with an area of 5,353 square miles; only 15 of the islands have a significant number of inhabitants. New Providence, the principal, though not the largest island, is 21 miles long by 7 miles wide and accommodates 116,000 of the mid-1977 estimated population of 211,000. The capital, Nassau, houses the seat of government which is based on the British model, with a Governor-General, Prime Minister, House of Assembly, and a Senate. Tourism continues to constitute the most important factor in the economic life of the country, with 1.4 million visitors recorded in 1977. Priority is being given to projects which will stimulate economic development.

In November 1977, the responsibilities of the Ministry of Health were enlarged by the addition of those for National Insurance, to create the Ministry of Health and National Insurance, with a health and welfare budget in 1978 of \$25.7 million, or 15.2 per cent of the national recurrent budget, and representing a per capita expenditure of \$113.92 million. With this budget, a three-tiered medical care service is provided by the three main hospitals: Princess Margaret Hospital (454 beds) and Sandilands Rehabilitation Center (210 psychiatric and 150 geriatric beds) in New Providence and the Rand Memorial Hospital (50 beds) in Grand Bahamas Island. In addition, primary care is provided in New Providence (7 clinics), Grand Bahamas (6 clinics), and the other Family Islands (50 clinics), with a total of 53 clinics staffed partly by 16 medical practitioners and by 136 nurses and nurse-midwives, a number of the latter operating largely or wholly independently in the more remote localities.

For medical, and to a less extent for nursing staff, reliance continues to be placed largely on expatriate recruitment, particularly for low- and middle-level categories. The relatively small number of returning national



medical graduates having as immediate target, appointment to the highest grades. The administrative services of the Ministry were strengthened by the appointment of a Deputy Chief Medical Officer, while those of the hospitals were upgraded by the assignment of four trained hospital administrators.

With the technical cooperation of the Pan American Health Organization, some progress has been made also in improving the management services, but a great deal remains to be done in this sector if the most efficient and effective use of available resources is to be achieved. For purposes of planning, programming, and evaluation of health services, a nucleus health information system is in process of being established, but continued external support of this undertaking will be essential while national staff are groomed and trained to assume responsibilities.

In the past 4 years considerable efforts were devoted, with admirably satisfactory results, to the improvement of the physical facilities at the Princess Margaret Hospital in Nassau, where a first rate ambulatory care section was opened in July 1976 at a cost of \$7.5 million. Presently, work is in progress in adapting the original areas evacuated to provide a full clinical and administrative facilities which are to include a special care baby unit and increased accommodation for obstetrics and gynecology.

In addition, with the technical cooperation of UNDP and CFTC and with PAHO as executing agency in part, efforts were also directed at improving the medical record system, laundry, food and maintenance services, the introduction of a cost accounting system, and the development of the supply management function. Extension of the laboratory was effected in 1974 and a second phase is nearing completion. With the collaboration of staff assigned under the auspices of CFTC, the standards of performance were upgraded. Through an exercise in international quality control, excellent ratings have been consistently recorded. During the period under review, new clinical services developed included neurosurgery, otolaryngology, and, with the voluntary assistance of different specialists, pediatric neurology and oncology.

At the periphery, two new clinics were established in New Providence and three in the Family Islands, where reliance continued to be placed on evacuations by sea or air in cases of emergency.

The number of physicians remains at 7.8 per 10,000 inhabitants. The number serving Grand Bahama and the Family Islands has increased from 14 in 1975 to 25 in 1978. There were 319.4 nurses per 100,000 inhabitants, with 18.5 per cent of the total assigned to the community nursing services.

The number of dentists remains low, although in the health service they have increased from 0.16 in 1974 to 1.9 per 100,000 inhabitants in 1976. This has permitted the launching of regular circuits twice yearly in the Family Islands, but measures are now on the way for augmenting this service by training dental auxiliaries who will increase the coverage and introduce elementary preventive activities in the program.

In the area of public health, the maternal and child health services were maintained, the school health services were extended to include grade 10, an audiometric screening program was introduced in 1975, and family life education was included in the health education activities. The national immunization program was extended in 1975 by inclusion of vaccination against measles for infants one year of age. Events in 1976-1977 showed high prevalence of infection among children, aged 2-3 years. Thus, overall prevalence of 187 and 237 per 10,000 were recorded among the age group under 1 and 1-4 years, respectively.

A serological survey of levels of immunity for poliomyelitis carried out in 1977 showed acceptable results in New Providence, but less satisfactory levels of protection in the Family Islands, due largely to shortcomings in the cold chain. Measures to improve this, and to administer one booster dose of vaccine to infants and schoolchildren in those areas were underway when an isolated case of paralytic poliomyelitis was recorded in July 1978 in a vaccinated 6-year-old child in one of those islands. Appropriate local preventive measures were promptly instituted and no secondary cases were encountered.

The Bahamas has decided to participate in the WHO/PAHO-sponsored EPI, but in the summer of 1978, immunization of young girls against rubella was also added to the national program.

The Bahamas became involved in the Caribbean pandemic of dengue fever in the second half of 1977, when Type 3 virus was identified. A joint program of 2,547 cases diagnosed clinically as dengue and influenza were reported during August-December, the greater majority of which were on epidemiological grounds, considered as dengue. Laboratory findings indicated that only New Providence was affected. A five-cycle aerial insecticide spraying of the Region carried out between the 18th and 30th November 1977 was considered to have brought the outbreak under control.

With the collaboration and technical cooperation of the Caribbean Epidemiology Center, three annual health service workshops have been organized since 1976, which have contributed to an increased awareness of the need for strengthening epidemiological surveillance, principally of communicable diseases.

In the field of training, three postbasic training courses in community nursing have been given since 1974, with a number of participants from other territories of the Commonwealth Caribbean. Specialized training in midwifery and psychiatric nursing were also introduced locally, while formal training was completed overseas by three registered nurses in psychiatry and one occupational therapist.

Three university-trained pharmacists also entered the service during the period under review. With the collaboration of the Royal Society for Health and the Bahamas Hotel Training College, a one-year training program was successfully completed in Nassau for a first group of five Health Inspectors in 1977 and a second course was started in July 1978 with 12 candidates.

For laboratory technologists, a combined academic and service three-year training program began in 1977 with 15 students, in close association with the College of the Bahamas.

For the more senior staff in the Department of Environmental Health Services, overseas training programs are being pursued in sanitary engineering by an engineer and in environmental sanitation by a senior health inspector.

Finally, one of the two practicing health educators entered a university training program in 1978, under a fellowship award from PAHO.

Management of the environment is a priority activity for the Ministry. A modern environmental Health Act and Regulations are in the final stages of enactment to provide the legal basis for coping with problems arising from organization and industrialization. Thus, in Grand Bahama, where an oil refinery and a modest therapeutics-based chemical industry are already in operation, the hazard associated with these activities call for continuous monitoring. An important advance was made in 1978, when a modern solid waste shredding plant was installed in New Providence.

In addition to environmental health, activities in health legislation included enactment of the Medical Act for 1974 and the development of drafts covering an up-to-date Dental Act, a Private Hospitals Act and Allied Health Professions Act. The need was, however, identified for updating the Health Services or Public Health Act and the introduction of modern legislation on abortion.

These several activities have resulted in satisfactory improvements in some of the vital indices commonly used as a measure of progress in the health field, but, others reflect the need to even further it. Thus, there are as yet no more recent data on life expectancy than those for 1970 of 60.4 years for male and 69.3 years for female.

In 1976, the crude death rate of 4.6 reflected the continued decline recorded since 1969 when it was 6.6. The crude birth rate has also maintained the steady decline, from 30.3 in 1969 to 25.6 in 1976, while the infant mortality has shown satisfactory improvement from the 34.7 per 1,000 live births in 1975 to 24.8 in 1976, with a neonatal death rate of 17.6 in the same year.

The principal causes of death in 1976 remain unchanged, with diseases of the heart (16.0 per cent), malignant neoplasms (12.9 per cent) cardiovascular disease, pneumonia, and cirrhosis of the liver jointly accounting for 45.9 per cent of the total deaths reported. Alcoholism continues to be a major problem, having been responsible for 47.9 per cent of male and 28.6 per cent of female admissions at the Sandilands Rehabilitation Center in 1977. An encouraging development in this area was the voluntary participation of the community in establishing a half-way house for the accommodation of 18 alcoholic patients motivated towards rehabilitation.

The five leading communicable diseases reported in 1976 per 100,000 inhabitants were influenza, 755.9; gonococcal infections, 650.2; gastroenteritis, 585.8; streptococcal sore throat (diagnosed clinically only), 579.2, and measles 442.2. The striking increase in the prevalence of gonococcal infections from 159.6 per 100,000 inhabitants in 1975 and in syphilis from 109.8 to 147.9 per 100,000 inhabitants in 1976 has led to the first steps in developing a specialized unit for the sexually-transmitted diseases.

Recognizing that the further extension of health service coverage will, of necessity, need to be based on the use of allied health personnel, studies are underway to introduce a training program for nurse-practitioners with the object of equipping them more fully for their tasks at the periphery. A further look is also being given to the practicabilities of introducing the category of health aide as a means of broadening the scope of health services delivered to the population.

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

El Dr. GODOY (Paraguay): Sr. Presidente, Sres. Miembros de la Mesa Directiva, Sr. Director de la Organización Panamericana de la Salud, distinguidos delegados amigos de los países en esta Organización. La delegación que tengo el honor de presidir hace llegar al Dr. Héctor Acuña su más sincera y efusiva felicitación por haber sido electo nuevamente por el voto mayoritario de los representantes de los Países Miembros de la Organización para ejercer por un nuevo período las delicadas funciones que competen a su alto rango. Lo hacemos con la misma sinceridad, con la misma convicción y con la misma fortaleza con que hemos presentado la candidatura de una destacada personalidad ecuatoriana. Felicitaciones Dr. Acuña! Que coseche Ud. muchos éxitos en sus futuras gestiones en bien de los pueblos a los cuales representamos en la Organización Panamericana de la Salud.

Asistimos a esta XX Conferencia Sanitaria Panamericana fortalecidos por los progresos alcanzados en la República del Paraguay en el campo sanitario durante el cuatrienio 1974-1977. El desarrollo económico y social de la nación contó a la salud pública como importante protagonista. La interrupción del paludismo en todo el país, salvo en una zona relativamente pequeña, hizo posible que extensas áreas del territorio nacional libres de la enfermedad se incorporaran a la economía. En 1977, se registraron 156 casos de paludismo, de los que 110 fueron importados.

Las evaluaciones realizadas en 1973 y 1976 por técnicos nacionales y de la Oficina Sanitaria Panamericana, corroboraron el éxito alcanzado, aprobándose la estrategia aplicada, y expresándose que es factible la erradicación del paludismo en el Paraguay. En 1973, ningún área del país estaba

en fase del mantenimiento. Cuatro años más tarde, en 1977, el 66.4% alcanzó a pasar a esta fase, permaneciendo apenas 13.5% en fase de ataque en zonas fronterizas sujetas a importante migración y que representan constante riesgo de importación de casos.

Estamos seguros que la instalación de prósperas colonias agrícolas, objeto hoy día de exitosos proyectos de desarrollo rural integrado, no hubiera sido posible sin la supresión de la transmisión malárica. En efecto, el primer proyecto de desarrollo rural integrado ejecutado en el cuatrienio, facilitó los asentamientos humanos con distribución de tierras a campesinos. Se otorgaron créditos a medianos y pequeños agricultores, asesoría técnica, adiestramiento, escuelas, centros de salud, carreteras para las salidas de los productos a los mercados de consumo. Este proyecto, elogiosamente comentado por el Banco Mundial por los resultados obtenidos en el corto plazo transcurrido, sirvió para que la misma entidad financiera aprobara otro proyecto similar que abarca un cuarto de millón de hectáreas destinado también al desarrollo en una zona limpia de paludismo.

Estamos contribuyendo también a que la represa de Itaipú, el más grande emprendimiento hidroeléctrico del mundo, modelo de esfuerzo conjunto binacional, prosiga normalmente sin que ningún problema de orden sanitario interfiera la ejecución de la monumental obra citada.

En el período a que nos estamos refiriendo, realizamos una encuesta en áreas críticas para detectar problemas de nutrición, cuyo resultado, entre otros datos, mostró que el consumo promedio per cápita de 3,081 calorías y de 87.1 grs. de proteínas ubican a la población paraguaya entre las mejores alimentadas del hemisferio.

Por otra parte, los hallazgos en relación al bocio endémico presentaron un espectacular avance. La prevalencia de esta enfermedad está dentro de los límites de la meta propuesta a ser alcanzada al final del presente decenio.

Los niveles de salud alcanzados estimulan nuestro optimismo. La mortalidad general en permanente descenso (8.2 por mil habitantes) llegará, según estimaciones, a estar dentro de las más bajas de las Américas al final del presente siglo.

Dicho optimismo se ve reforzado por la disminución de la morbilidad por tuberculosis a casi la mitad de la tasa de 1973; por el haber logrado reducir la mortalidad por tos ferina por debajo de la meta propuesta para la década, así como también los progresos significativos con respecto al tétanos, cuya morbilidad también se redujo a más del 50% de las tasas de 1973.

El Servicio Nacional de Saneamiento Ambiental (SENASA), dependencia técnica del Ministerio a nuestro cargo, está embarcado en un peculiar y singularísimo programa con participación de las propias comunidades rurales en la solución de los problemas de saneamiento del medio ambiente. En el

aspecto de abastecimiento de agua potable, se han construido y puesto en plena operación 18 sistemas de aguas corrientes. En el presente año, otras 13 localidades inaugurarán otros tantos sistemas, y en los próximos tres años, 68 municipios contarán también con las citadas facilidades de abastecimiento de agua. Deseamos señalar que compete a SENASA el suministro de agua potable a localidades urbanas menores de 4,000 habitantes, y a la población rural dispersa, lo cual significa la provisión de agua potable a un porcentaje mayoritario de la población paraguaya. Entre 1972 y 1977 el presupuesto asignado a SENASA aumentó en 540%. En la tarea que nos proponemos no estamos solos. Nos acompaña el UNICEF, especialmente en lo referente al medio rural disperso. Para las localidades de población más concentrada, hemos obtenido un crédito del Banco Mundial y del Banco de Reconstrucción y Desarrollo del Gobierno de la República Federal de Alemania.

La preocupación de los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud, expresada hace dos años en Ginebra, en relación al agua, tiene firme apoyo del Gobierno de la República del Paraguay, ya que por ley del año 1972 se ha creado la dependencia técnica mencionada para acelerar la solución de los problemas sanitarios del medio ambiente entre los que el programa de abastecimiento de agua constituye principal objetivo.

En esta etapa de fecundas realizaciones seguimos dando énfasis invariable a nuestra ambiciosa cuanto realista política de salud. Pusimos en marcha el Plan Nacional de Salud 1976-1980 a través de un documento que consideramos de la mayor relevancia, ya que expone las aspiraciones nacionales en materias de salud pública, dentro del marco del Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social. Entre los objetivos fundamentales de este Plan figura la extensión de la cobertura de los servicios de salud a toda la población, contemplado ya en un documento presentado el año pasado en ocasión de la Cuarta Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas. Hoy día dicho Plan está en plena ejecución.

La extensión de cobertura de servicios de salud que coincide con lo que dimos en llamar "política de mirar al campo", que fue puesta en ejecución desde el inicio de nuestras gestiones hace nueve años, y que fue transmitida como dinámica de trabajo a todos los servidores de la salud, permitió, en acción sostenida y solidaria extender la prestación de servicios al medio rural en todo su amplio espectro. Esto se logró mediante la construcción y equipamiento de nuevos centros y puestos de salud, mediante el apoyo firme a los programas de control de enfermedades transmisibles, mediante el adiestramiento y la formación de los recursos humanos, así como también la organización y utilización de todos los valores positivos de la comunidad y el permanente fortalecimiento de la infraestructura sanitaria en el sistema regionalizado de servicios de salud.

En verdad, el período fue realmente apasionante tanto por las realizaciones del Gobierno en los sectores económicos, como en lo social y en especial en el de la salud. El espectacular crecimiento del producto interno

bruto y del ingreso per cápita, estimado en \$630 para el presente año, unido a la estabilidad monetaria, a la paz social que goza el país, en un estado de derecho, en democracia y libertad, incrementan nuestra fe en mayores logros sanitarios en el futuro.

Nuestro reiterado reclamo, expresado en varias reuniones del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, en el sentido de que las entidades financieras internacionales otorguen créditos "blandos" a largo plazo a los países en vías de desarrollo, a fin de acelerar la solución del desafío de salud para todos, ha encontrado positiva respuesta en el Banco Interamericano de Desarrollo, que hace pocos días ha aprobado la solicitud del Gobierno de la República del Paraguay en el aspecto antes mencionado.

En materia de legislación sanitaria hemos presentado al Congreso Nacional el proyecto de Código Sanitario, un documento que consideramos de la mayor trascendencia para el cumplimiento de fines y objetivos en el campo de la salud y del bienestar social.

Hemos mantenido provechosas relaciones en el campo internacional, tanto en el marco de la Cuenca del Plata como fuera de ella, promoviendo la cooperación interpaís a través de convenios bilaterales que reafirman la solidaridad de propósitos comunes y la decisión de aunar esfuerzos para el control de enfermedades. Ejemplo de ello son los acuerdos que hemos llevado a cabo con la República de la Argentina, con la República Federativa del Brasil, con el Banco Mundial, con las Naciones Unidas, con la AID, con el "Cuerpo de Paz" y con organismos privados de cooperación internacional, como son los "Amigos de las Américas".

En apretada síntesis, Señor Presidente, sujetos al tiempo disponible, hemos expuesto a la consideración de esta asamblea los logros en materia de salud pública del Paraguay, logros que esperamos acrecentar contando para ello con la siempre pronta cooperación de la Oficina Sanitaria Panamericana y de todos los organismos internacionales, al igual que con la colaboración de los Países Miembros presentes en esta asamblea, tan caros al sentimiento americanista del Paraguay. Muchas gracias señor Presidente.

PRESENTATION OF DR. GEORGE ALLEYNE ON BEHALF OF THE ADVISORY COMMITTEE  
ON MEDICAL RESEARCH  
PRESENTACION DEL DR. GEORGE ALLEYNE EN NOMBRE DEL COMITE ASESOR SOBRE  
INVESTIGACIONES MEDICAS

Dr. ALLEYNE (Chairman, Advisory Committee on Medical Research):  
The Advisory Committee on Medical Research (ACMR) of the Pan American Health Organization is grateful for the opportunity to present to the Conference a brief review of its activities over the last three meetings. The last three meetings of the ACMR were held successively in Brasilia in 1976, Washington, D.C., in 1977, and Lima in 1978.

The meeting in Brasilia was notable for a redefinition of the role which the Director envisaged for the ACMR. Dr. Acuña stressed the importance of continuity of the office of the Chairman and indicated that there should be a report to the Conference on the activities of the Committee and the extent to which the ACMR was effective in identifying those health needs of the Region which were a proper subject for research. He indicated at that time that the major areas of priority were as follows: (a) strengthening of the health services and extending coverage of those services; (b) specific disease control; (c) human resources development; (d) family health; and e) environmental health.

In Brasilia, the ACMR agreed that it should function throughout the year and that attention should be directed to elaborating the appropriate research strategies. The point was also made that members of the Committee should be more closely associated with the research planning of the PAHO Centers. At that meeting, Dr. Carlos Chagas of Brazil was appointed Chairman and Dr. Joaquin Cravioto of Mexico, Vice-Chairman for a period of two years.

During the Brasilia meeting, the Committee reviewed several studies which had been carried out or were being undertaken with PAHO support. The majority of these projects were related to communicable diseases. The ACMR also received reports of the Scientific Advisory Committee meetings on dengue, yellow fever, and Aedes aegypti; meningococcal disease; the Caribbean Epidemiology Center; the Pan American Foot-and-Mouth Disease Center; and a statement of activities of the PAHO Regional Library of Medicine and the Health Sciences.

At the Sixteenth Meeting held in Washington, D.C., in July 1977, the operation of the ACMR changed somewhat, so that instead of having a predominantly retrospective focus, the decision was made to adopt a prospective approach. Four topics were discussed in some depth. They were nutrition, ecology, communicable diseases, and the development and extension of health services. There was a special Working Group on Nutrition, which examined in depth the recommendations made during the special session on nutrition. The nutrition group recommended that research programs on effective nutrition be aimed at satisfying the following needs: (1) to determine the



degree of prevalence or the seriousness of the problem; (2) to identify the reasons for the deficiency; (3) to determine the factors responsible for the deficiency; (4) to develop methods for improving the delivery of service to offset some of these deficiencies; and (5) to evaluate the results in terms of the change that has been brought about in improving health and individual output.

It was recognized however that the solution of nutritional problems and therefore the research directed to this end had to be multisectoral and multidisciplinary. The ACMR recognized that in spite of the heterogenous nature of the Region there were certain common areas of interest and concern. There was a need for (1) a clear definition of nutritional problems; (2) research which should range from finding solutions to specific deficiencies by enriching appropriate foods, to finding improved methods of production and supply of food; (3) improvement of nutrition education; and (4) introduction of practical methods of evaluation for measuring the impact of intervention programs.

The nutrition group also recommended the establishment of a network of collaborative groups, consisting of PAHO regional centers and the national institutions of the Region, which would undertake joint studies of such problems as nutritional anemia and the appropriate technology for incorporating the nutrition component into primary health care. This implies the promotion of operational research in the field of nutrition. The proposed group should also facilitate the dissemination of information.

In the discussions on environmental health, the Committee heard of the work being done by the two excellent PAHO centers concerned with this area, namely, the Pan American Center for Sanitary Engineering and Environmental Sciences (CEPIS), in Lima, and the Pan American Center for Human Ecology and Health, (ECO), in Mexico. The activities of these centers were clearly complimentary. It was felt that the types of research which were of high priority in the Region were: (1) projects aimed at delineating the magnitude of the environmental health problems; (2) research and development of appropriate technologies which incorporated inexpensive design methods, construction, operation, and maintenance; (3) development of adequate sampling and analytical techniques; (4) appropriate control strategies; and (5) interdisciplinary and multi-institutional research.

The ACMR was of the view that the research and training in areas related to water supply should have the highest priority and that stress should also be placed on the implementation of simple, appropriate technology.

When the ACMR considered the development and extension of health services, it was felt that more concrete information was required on the various national policies in health research. It was felt that operational research into this area must be of benefit to governments and should provide the basis for applying the technology which was appropriate for the development of health services administration and training.

In its discussion on communicable diseases, the ACMR noted the wide range of diseases being investigated. It was clear, however, that inadequate planning, political instability, poor education, and inadequate funding were major obstacles to the development of effective research programs in Latin American countries. Research training was recognized as being of prime importance and the Committee recommended that there should be orientation towards research, during basic professional education as well as in post-graduate courses.

The Seventeenth Meeting of the ACMR, held in Lima, devoted considerable time to a review of the WHO Special Program for Research and Training in Tropical Diseases (TDR). I urge all delegates to pay special attention to the program, because within the next few years it will assume an ever-increasing importance in the attack on the tropical diseases of the Region. The TDR program represents probably the largest attack by a single organization on six major tropical diseases. The diseases are Chagas' disease, schistosomiasis, leprosy, malaria, filariasis, and leishmaniasis. While some other diseases are perhaps of more major significance to the Americas, for example, amebiasis, there is no doubt that the six diseases mentioned do occur and represent a significant health hazard in the Region. Perhaps, in time, other diseases such as amebiasis, which are of equal or greater importance in the Hemisphere may be accorded a priority similar to that given to the six diseases.

The ACMR heard of the structure of the TDR program and the ways in which the Region could participate actively. It was noted that considerable attention was being paid to research training, an aspect of research on which the ACMR had focused previously. Perhaps information on the program had not been disseminated widely enough through the Region, but the ACMR envisaged that it could be of help in ensuring that persons and institutions which could participate would be alerted.

There was concern in the ACMR over the difficulty in ensuring continuity of the research if the WHO funding was only seeing as catalytic. It was felt that thought should be given by Member Countries to ensuring some career structure for researchers. It was also proposed that the universities of the Region should be involved in this program, since any hope for the establishment and perpetuation of national research traditions must lie ultimately and properly with the universities of the Region. Regional and national research councils should be involved in the research and research planning. The ACMR was enthusiastic about participating in the program by seeking means of initiating projects and helping to identify the human resources essential for the research.

The Seventeenth Meeting devoted the major portion of its time to considering the subject of health services research. The ACMR discussed the recommendations of the WHO Advisory Committee on Medical Research, especially as they pertained to health services research, and also heard presentations on the state of research in various Member Countries. The Committee recommended that PAHO organize one or more task forces, which would review the

various definitions of health services research; (2) establish a more definite conceptual basis of the field; (3) seek a clarification and an enumeration of various research models; (4) give detailed recommendations which would be reviewed initially by the Committee before submission to the Director; and (5) assess the scope of social indicators in evaluating the results of this kind of research.

The ACMR also felt that programs in maternal nutrition and health of the newborn were proper areas for health services research and recommended that the institutions involved in health services research be strengthened. It discussed the management of emergency situations and recommended the collection of data which are currently available on disaster planning and research in this area.

Now the ACMR, through regional or subregional meetings, is making an effort to collect full information on the research resources in the American countries, and is encouraging the countries to adopt health research policies, that will make for better training in solving national problems. So far, surveys have been conducted in 10 countries, and further surveys in other countries are being planned. Two subregional meetings on research policies have been held; that for the countries of Area II (Mexico, Cuba, Dominican Republic, and Haiti), and that for the Andean countries (Colombia, Ecuador, Peru, and Bolivia). A third meeting for the Central American countries is planned for November of this year, and meetings for the other subregions for next year.

Among the topics discussed at the subregional research meeting has been that relating to ethical aspects. The countries that have met so far have come out in favor of the establishment of ethics committees at the country and institutional level, as well as national ethical standards to which national or foreign scientists conducting research in the American countries should submit. The ACMR made an evaluation of these conclusions and emphasized that the countries of the Americas should have their necessary standards; for that purpose the pertinent recommendations of the WHO Council for International Organizations on Medical Sciences Committee should be a very useful document to study.

The last two or three meetings of the ACMR have seen a shift in emphasis as the involvement of PAHO in research has grown rapidly. It would seem that more and more, PAHO is stimulating and initiating research, not only through direct funding or support of special research centers, but by acting as a catalyst in getting projects started. The ACMR is now proposing to lay less stress on the review of research that has already been conducted and more stress on performing a genuine advisory role in terms of what research should be done. The ACMR also intends to analyze the health research policies of those nations which have them and then try to propose a regional policy.

Mr. President, I should like to end by making two comments. The first is, I would hope that members of the Directing Council will see fit to let me, or someone else, hear their comments on what they consider the

proper role and function of the Advisory Committee on Medical Research, so that I may take back to the Advisory Committee some idea as to what the Members of the Conference felt as far as the program is concerned. The second comment I wish to make is that we of the Advisory Committee on Medical Research are especially grateful for the continuing assistance that is given by Dr. Ferreira, not only in trying to make the Committee an active entity, but in facilitating its action.

Dr. MACHADO (Brasil): Ouvimos muito atentamente o relatório que acaba de ser lido e só temos de felicitar o órgão competente da OPAS pelo excelente trabalho produzido. Acredito que esta Organização muito poderia contribuir para a definição de uma política realista de pesquisa para a saúde por parte dos países.

Há uma tendência quase que irrefreável em busca de soluções altamente sofisticadas e muitas vezes distanciadas das realidades nacionais. Tomemos, por exemplo, as pesquisas no campo de nutrição. Na verdade, a maior parte da população do planeta sofre de desnutrição e não está precisando de um micronutriente ou de um fator vitamínico isolado. Está precisando é de alimento pura e simplesmente. Trata-se de fome mesmo.

Mantemos às vezes projetos ambiciosos e isso acontecia também no meu país, gastando-se somas consideráveis no consumo de papel para imprimir relatórios, quando na realidade precisava-se descobrir fórmulas para estimular o consumo de alimentos comuns, ordinários.

Buscamos muitas vezes nas provetas soluções que são antes político-sociais, soluções que se podem encontrar na terra mas insistimos em utilizar espectro-fotômetros e aparelhos mais sofisticados. Acredito que tudo que se faça buscando estimular enfoques pragmáticos e realistas seria altamente benéfico.

É difícil muitas vezes para um país definir uma política de pesquisas no campo da saúde, com a modéstia compatível com os recursos financeiros e humanos e, sobretudo, compatível com as necessidades reais daquele país. Há, por exemplo, pesquisas sobre polissacarídeos no aparelho genital dos planorbídeos quando não sabemos ainda qual é o planorbídeo adequado para cada equinococo diferente. Creio que antes de estudarmos os polissacarídeos do aparelho reprodutor dos planorbídeos, deveríamos ser capazes de controlar uma população de caracóis em diferentes equinococos.

Podem-se citar exemplos inumeráveis. Parece-me que quanto mais pobre o país, quanto mais preocupado com esses problemas fundamentais--como é a situação do Brasil--mais se observa a tendência de uma auto-afirmação mediante equipamentos sofisticados e teorias complexas. Tenho confiança que a Organização será capaz de estimular políticas nacionais de pesquisa, em matéria de saúde, com os pés no chão, com sentido pragmático, sem ter vergonha de serem modestas, porque são essas as que produzem soluções. A imensa maioria da população está precisando daquilo que muito poucos têm coragem de buscar.

Dr. ALLEYNE (Chairman, Advisory Committee on Medical Research): I appreciate very much the comments of the Delegate of Brazil, which I shall report to the Committee when it next meets. I would like to assure him that the fears that he has are the same sort of fears that make us carry out or advocate this specific kind of policy. You will recall that I said that two meetings ago the Director emphasized that a first priority should be to develop a method of strengthening the health services. Then, and only then, can one look specifically for these controls. We are convinced that many of the solutions are with us already. We need to apply them in a practical and simple manner. We are also concerned that the health research policies of the nations should center on their own resources, and that is why the Advisory Committee on Medical Research has set up the task of assessing the various health policies for the Region and of providing what help it can in helping the Member Countries to enunciate their own research policies according to their own resources.

Dr. MACHADO (Brasil): Queria apenas deixar bem claro que eu tentava reforçar e apoiar de uma maneira mais enfática aquilo que tinha sido dito.

The SECRETARY: I should like to announce that Committee II will meet tomorrow morning beginning at 9:00 a.m. in Room E. I further wish to announce that Delegates probably have received by now the provisional verbatim record of the first three sessions. We would like to ask Delegates who intervened during these sessions to review the text of their interventions, to make any corrections which are necessary or appropriate, to be sure that the text is consistent and understandable, and to return it to Mr. García. Dr. Acuña reminds me to remind you and all Delegates that the plenary session will continue tomorrow, beginning at 9:00 a.m. and there are 13 more Delegates registered to speak on Item 12. Six delegations have not asked to speak. Finally, I should like to ask Delegates, as well as the representatives of governmental, intergovernmental and non-governmental organizations, who wish to participate in the Technical Discussions to register in the entrance foyer. We would like to know roughly the number of people who wish to participate in the Discussions.

The session rose at 5:45 p.m.  
Se levanta la sesión a las 5:45 p.m.



PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION

WORLD HEALTH ORGANIZATION



# XX PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE

## XXX REGIONAL COMMITTEE MEETING

ST. GEORGE'S, GRENADA

SEPTEMBER - OCTOBER 1978

Thursday, 28 September 1978, at 9:00 a.m.  
Jueves, 28 de septiembre de 1978, a las 9:00 a.m.

CSP20/MP/8

28 September 1978

ORIGINAL: ENGLISH-SPANISH-  
PORTUGUESE-FRENCH

PROVISIONAL VERBATIM RECORD OF THE EIGHTH PLENARY SESSION  
ACTA PROVISIONAL TAQUIGRAFICA DE LA OCTAVA SESION PLENARIA

President:  
Presidente:

Mr. H.J. Preudhomme

Grenada

Contents  
Indice

- Item 12: Reports of the Member Governments of the Organization on Public Health Conditions and Progress Achieved During the Period between the XIX and XX Pan American Sanitary Conferences (continuation)
- 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 XIX y la XX Conferencia Sanitaria Panamericana (continuación)

(continued overleaf)  
(continúa al dorso)

Note: This verbatim record is provisional. Delegates are therefore requested to notify Document Services (Room A-I) of any changes they wish to have made in the text. The texts of the verbatim records will be published in the Proceedings of the Meeting.

Nota: Esta acta taquigráfica es provisional. Se ruega a los señores Delegados tengan a bien comunicar al Servicio de Documentos (Hab. A-I) las modificaciones que deseen ver introducidas en el texto. Los textos de las actas taquigráficas se publicarán en las Actas de la Reunión.

- ITEM 12: REPORTS OF THE MEMBER GOVERNMENTS OF THE ORGANIZATION ON PUBLIC HEALTH CONDITIONS AND PROGRESS ACHIEVED DURING THE PERIOD BETWEEN THE XIX AND XX PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCES (continued)
- TEMA 12: INFORMES DE LOS GOBIERNOS MIEMBROS DE LA ORGANIZACIÓN SOBRE SUS CONDICIONES Y PROGRESOS ALCANZADOS, EN MATERIA DE SALUD PUBLICA, EN EL PERIODO TRANSCURRIDO ENTRE LA XIX Y LA XX CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA (continuación)

The PRESIDENT: I now call the plenary session to order, and I invite the distinguished Representative from Colombia to take the floor.

Report by the Delegation of Colombia  
Informe de la Delegación de Colombia

El Dr. GOMEZ ULLOA (Colombia): Sres. Miembros de la Mesa Directiva, Sres. Ministros, Sres. Delegados. Al presentar el informe resumen de las actividades del Ministerio de Salud de Colombia durante 1974-1978 renuevo a ustedes el saludo cordial de mi Gobierno, y al Dr. Acuña los sentimientos de nuestra particular complacencia por su nueva designación.

Una revisión general del actual panorama geográfico, así como del estado de salud de la población y sus factores condicionantes sobresalientes, es el comienzo más pertinente de este informe sobre los propósitos, decisiones y realizaciones fundamentales del sector salud en el período y en el marco de referencia indispensable para juzgarlo adecuadamente.

El país pasó de 23 millones de habitantes en 1974 a 24 millones en 1978. Este aumento relativamente inferior pronosticado hace algunos años es consecuencia de la tendencia decreciente de la mortalidad y de la declinante natalidad. La tasa de crecimiento de la población resultante de la diferencia entre los dos factores ha tenido una notable disminución. En relación con la estructura por edad, se indica un proceso de maduración en un aumento en la proporción de los de mayor edad, una reducción de los menores y un aumento de la expectativa de vida.

Además de la ya mencionada reducción de la mortalidad general, es de resaltar la muy larga tendencia en la disminución de la mortalidad infantil que la tasa actual siga siendo apreciablemente alta razón por la cual mucho de los esfuerzos prioritarios del sector están orientados a la atención de los grupos de menor edad. En relación con las causas de muerte, el perfil nos indica que casi la mitad de las muertes del país se concentran en 15 causas definidas, y que las enfermedades diarreicas continúan encabezando la lista como principal causa individual. Sin embargo, al comparar esta situación con la vigente al comienzo de la década, encontramos los siguientes hechos relevantes: disminución de la proporción por diarrea y enteritis del 9.4 al 7.9%, pérdida de la importancia de las afecciones respiratorias frente al constante incremento de las enfermedades del corazón y las cerebrovasculares, aumento de la proporción de defunciones por tumores malignos y por accidentes y disminución por desnutrición.

Entre las enfermedades transmisibles de notificación obligatoria, lo más notorio ha sido el aumento de la incidencia de la malaria a expensas de las zonas de colonización. Esta situación se explica por dificultades de orden técnico, tales como la inaccesibilidad de estas zonas, la renuencia de la comunidad por su marginamiento social, las crecientes resistencias biológicas, tanto del mosquito como del parásito a los productos químicos, por las condiciones económicas de esas regiones y por cambios en el régimen de lluvias que han sido favorables al vector. En cuanto a las causas de hospitalización, como el 40% de los partos ocurridos en un año se produce en instituciones hospitalarias que representa la cuarta parte del total de las hospitalizaciones, la estructura de la morbilidad hospitalaria aconsejó introducir la atención materna según los riesgos obstétricos para ocupar las camas disponibles con los partos de mayor riesgo que estaban ocurriendo en los domicilios en condiciones sanitarias desfavorables. Los recursos humanos, físicos y financieros disponibles en forma organizada a través del sistema nacional de salud para la prestación de servicios y la realización de acciones sobre el medio ambiente son también otro factor condicionante de la situación de salud de la población.

Existía en el país al 31 de diciembre de 1977 un médico por cada 1,920 habitantes; un odontólogo por cada 5,541; una enfermera profesional por cada 7,342 y un auxiliar de enfermería certificada por cada 1,467 habitantes. Esta disponibilidad todavía muestra desbalances particularmente en relación con odontólogos y enfermeras profesionales. En cuanto a la distribución geográfica y la cobertura poblacional de cada uno de los tipos de recursos--aspectos estos de la mayor trascendencia--los problemas crónicos de concentración de los grandes centros urbanos y la deficiente utilización según la complejidad de los problemas de salud tienden a reducirse en forma sustancial mediante la utilización masiva de personal auxiliar con gran énfasis en el esquema de delegación de funciones. En cuanto a la disponibilidad de camas hospitalarias en el cuatrienio se dieron al servicio 3,966 con adecuado respaldo organizativo y de recursos humanos y materiales. Ha aumentado el número absoluto de egresos anuales por camas por año y el porcentaje ocupacional. En cuanto a los recursos financieros del sector oficial para el período 1975-1978, se pasó de 6,598 millones en el primer año a 11,186 millones en 1978 para un importante incremento de 69.5% en el solo cuatrienio. Este sustantivo aumento compensó satisfactoriamente la tasa de devaluación de la moneda aunque no permitió mantener la relación de la cuantía total del presupuesto nacional, pues de una proporción de 11.4% de dicho presupuesto en 1974 se llegó en 1978 a solamente 7.4%.

El hecho de referirse este informe a los cuatro últimos años ha inducido las presentaciones en forma selectiva de los eventos y realizaciones más sobresalientes del período a la luz de las políticas nacionales y sectoriales señaladas en el plan de desarrollo social, económico y sectorial denominado para cerrar la brecha con el fin de permitir una rápida visión de conjunto. El citado plan tuvo como objetivo fundamental el lograr un crecimiento de la economía que hiciera posible la creación masiva de empleo



productivo y por lo tanto beneficiara de manera especial al 50% más pobre de la sociedad colombiana.

La primera parte del plan estableció las políticas macroeconómicas encaminadas primordialmente a fomentar el crecimiento acelerado de aquellas actividades que utilizan intensamente el factor trabajo. La segunda parte detalló las políticas en los campos agrario-industrial, de fomento de las exportaciones y de desarrollo regional y urbano. Estas políticas macroeconómicas, para buscar los mismos propósitos de pleno empleo y equidad, señalan al programa de desarrollo rural integrado y la reforma agraria como las herramientas de la política agraria para el sector tradicional. La tercera parte presentó los principales programas de gasto público del Gobierno encaminados a darle a la población más pobre acceso a los servicios sociales básicos. Estos concentraban los esfuerzos en el mejoramiento de los servicios de educación, salud y agua potable en el sector rural y contribuían de esta forma al beneficio directo de las familias más pobres a un desarrollo regional más equilibrado y a la política de empleo. La premisa de los mencionados programas de gasto público ha sido la de que a largo plazo la política de empleo más efectiva es dotar a la fuerza de trabajo de buena educación y buena salud para que sea productiva.

Pieza central de los programas sociales es el plan nacional de alimentación y nutrición que busca encarar el problema en una forma integral y colocar el bienestar alimentario y nutricional como una prioridad impostergable. De otro lado, el fenómeno de la marginalidad urbana justificó el programa de integración de servicios y participación comunitaria en zonas marginales urbanas que persigue el mejoramiento de las condiciones de vida de estas zonas a través de utilización racional de su potencial humano y la prestación de los diferentes servicios sociales públicos y comunales que ofrece el Estado. Es pertinente el reconocimiento explícito del plan acerca de la estrecha relación entre los diversos problemas sociales en los campos de la salud, la educación y la nutrición, justificando en consecuencia un enfoque de solución integral para el logro de una mayor eficiencia en la asignación de recursos y el cumplimiento de los objetivos propuestos.

Como políticas específicas del sector salud, el Gobierno nacional identificó las siguientes:

1. Aumentar la cobertura de los servicios de salud con prioridad en el grupo maternoinfantil considerado el más vulnerable de la población.
2. Disminuir la brecha que en materia de servicios relacionados con la protección de la salud separa aún a las poblaciones rurales de las urbanas.
3. Disminuir la morbilidad causada por enfermedades infecciosas y parasitarias.

4. Utilizar al máximo la capacidad hospitalaria existente en el país para aumentar y mejorar los servicios de recuperación de la salud. Dotar a todas estas instituciones con recursos humanos y demás elementos indispensables para su funcionamiento.

5. Aumentar la formación del personal paramédico y auxiliar a un nivel tal que sea posible delegarle la prestación de mayor número de servicios básicos de salud con una adecuada supervisión que garantice la calidad de los mismos.

6. Coordinar todas las instituciones que de manera desarticulada e inconexa trabajan en busca del mejoramiento de la salud con el fin de evitar en todas las formas posibles la duplicación de acciones y la dispersión de recursos físicos y humanos. Vale la pena destacar la nueva legislación que ha dictado para conformar el sistema nacional de salud, la cual facilitará la consecución de este punto de política.

7. Integrar los esfuerzos del sector salud con los de los demás sectores para lograr la mejor contribución al desarrollo social y económico del país.

Los siguientes son algunos de los mecanismos reguladores del Sistema Nacional de Salud que han sido objeto de notable desarrollo en este período: las normas legales que dan la base jurídica al Sistema y que regulan los aspectos fundamentales de su estructura y funcionamiento.

La organización básica para su dirección con determinación de los modelos normativos del nivel local u operativo; del nivel regional con responsabilidad administrativa y operativa sobre varios niveles locales, de nivel seccional con funciones técnico-administrativa y del nivel nacional con responsabilidades político-normativas. Los regímenes de adscripción y vinculación que, partiendo del origen público o privado de las entidades e instituciones de salud definen sus relaciones, establecen los alcances de las normas legales del sistema de salud y delimitan el ámbito de su responsabilidad.

Los subsistemas de planeación, inversiones, información, suministros, personal e investigaciones que en forma especializada establecen las normas de operación de las áreas consideradas más críticas.

Específicamente en inversión, los esfuerzos fueron sobresalientes. Solo entre 1975-1978 se garantizaron por Ley de Presupuesto y por aportes directos de los Servicios Seccionales de Salud la cantidad de 9,963.6 millones. Si a los citados valores de inversión nacional agregamos los fondos provenientes de los créditos externos ejecutados en el período, concretados o en proceso de concreción final, para dotación hospitalaria y para acueductos y alcantarillados, tenemos la cifra global de un poco más de 15,000 millones asignados y obtenidos para inversión en salud.

La responsabilidad del sector salud en la búsqueda del objetivo fundamental del Plan de Desarrollo, para "beneficiar de manera especial al 50% más pobre de la sociedad colombiana", se interpretó en el sentido de orientar sus

esfuerzos prioritarios hacia una masiva y rápida extensión de la cobertura de los servicios de salud primarios e integrales, tanto a las personas como al medio ambiente de las poblaciones rurales y marginadas urbanas, teniendo presente la premisa de encauzar sus esfuerzos, cuando era pertinente, dentro de los lineamientos del Plan Nacional de Alimentación y Nutrición, del Programa de Desarrollo Rural integrado y del Programa de Integración de Servicios y Participación Comunitaria en Zonas Marginales Urbanas.

De muy importantes se pueden calificar los resultados logrados hasta la fecha en el Programa de Atención a las Personas.

Entre 1975 y el 31 de diciembre de 1977 se habían establecido servicios primarios de salud con auxiliares de enfermería y promotores rurales en 432 comunidades rurales y marginadas urbanas con un total de 2 millones de habitantes. En el transcurso de 1978 se ha programado con suficiencia técnica y financiera la incorporación adicional de 152 localidades rurales con 997,000 habitantes y 393,000 de las zonas marginadas urbanas para completar de esta forma la vinculación a los servicios del Sistema Nacional de Salud, por primera vez, de la cantidad de 4 millones de habitantes. Este grupo humano representa el 37% de los 9 millones de habitantes que al comienzo de este cuatrienio carecía de los servicios más elementales en materia de salud. Complemento indispensable de estas estrategias son suficientes instituciones de salud de diferente complejidad, bien dotadas y administradas, un adecuado sistema de transporte de pacientes y una conveniente red de comunicaciones.

En cuanto a la atención médica ambulatoria de las instituciones de salud también se tuvo un aumento razonable de 508 consultas por 1,000 habitantes en 1974 a 543 en 1977 y un incremento de cobertura de 27.8 al 30.4% de la población beneficiaria del sector oficial. En los grupos prioritarios, madres y niños, el panorama fue el siguiente: cobertura de embarazadas, 53.5% en 1974 a 80.5% en 1977; cobertura de menores de un año, 83.8% en 1974 a 87.8% en 1977; cobertura de niños de 1-4 años, 32.8% en 1974 a 31.3% en 1977; cobertura de niños de 5-14 años, 15.5% en 1974 a 19.7% en 1977. Vale la pena destacar aquí la activa participación del sector salud en el proceso de reestructuración de los Seguros Sociales obligatorios y específicamente de sus servicios de salud por su trascendencia para el logro de los objetivos del Sistema Nacional de Salud. Debe señalarse la creación de la Superintendencia de Seguros de Salud con el propósito de garantizar la aplicación de las normas técnicas del sistema en el proceso de atención médica de los afiliados y beneficiarios de la seguridad social.

El área de las drogas y medicamentos también ameritó nuestra atención por todas sus implicaciones ampliamente conocidas. La adopción de una política de precios satisfactoria tanto para productores como para usuarios, y el establecimiento de normas y mecanismos de control de producción y de calidad, han tenido frutos muy acordes con las expectativas iniciales.

El programa de extensión de cobertura también incluye acciones sobre aquellos sectores ambientales considerados como condicionantes críticos del estado de salud de las personas marginadas; vale decir, la disponibilidad de agua y la disposición de desechos. Sobresalientes han sido las ejecuciones de los dos organismos nacionales responsables de tales funciones: el Instituto

Nacional de Salud en localidades entre 50 y 2,500 habitantes, y el Instituto Nacional de Fomento Municipal en localidades de mayor tamaño.

La labor del INAS está representada en la construcción de 1,386 sistemas de abastecimiento de agua para un cambio en cobertura durante este cuatrienio, del 41.5 al 49% de la población objeto del programa. La inversión total fue de Col\$688 millones, destacándose en esta financiación el importantísimo aporte de la comunidad por valor de \$70 millones. También se construyeron en el período 178 alcantarillados rurales para alcanzar una cobertura de 14% a un costo de \$80 millones, siendo igualmente notorio, en este caso, la contribución de la comunidad en cuantía de \$8 millones.

En relación con el INSFOPAL, las obras terminadas cubrieron 244 localidades y ciudades para beneficio directo de 3,594,000 habitantes y cambio en cobertura del 70 al 74% en acueductos y en alcantarillados del 31 al 43%.

Como ya se mencionó en el análisis del sector, el nivel de salud de la población del país, y en particular de las madres y niños, tiende francamente al mejoramiento. Los hechos positivos más notables se pueden resumir en la disminución de la importancia relativa de las diarreas y enteritis y de las neumonías como causas de muerte en los menores de 15 años, y disminución de la mortalidad materna por las causas tradicionales.

En cuanto a la tendencia a las enfermedades transmisibles de notificación obligatoria durante el período, su análisis nos muestra la siguiente situación: disminución de la incidencia de infección gonocócica, sarampión, sífilis reciente, tuberculosis del aparato respiratorio, tos ferina, tifoidea, difteria, lepra, encefalitis vírica y rabia humana, aumento en la incidencia de la malaria, meningitis meningocócica y de poliomiелitis aguda.

La estructura física comprende tanto las actividades de construcción de obras nuevas de ampliaciones y remodelaciones de instituciones de salud como las tendientes a la financiación y adquisición de la dotación indispensable. El Fondo Nacional Hospitalario, dependiente del Ministerio de Salud, es la entidad responsable por las funciones previstas en esta área.

En el período 1975-1978 se obtuvieron 7,326 camas adicionales, 13,537 camas mejoradas y 4,326 remplazadas. Estas obras, por la complejidad de sus aspectos arquitectónicos e ingeniería, por el hecho de haber incorporado la más moderna tecnología en sus instalaciones y dotación básica, y por la cuantía de sus costos, significan una sustancial contribución a los requerimientos y demandas de la población por problemas de salud de mediana y alta complejidad.

Los importantes recursos disponibles en el período 1975-1978 para construcción de obras nuevas, ampliaciones, remodelaciones y aspectos administrativos complementarios ascendieron a Col\$1,150 millones.

Prioridad especial se ha asignado a la inversión en dotación de equipos hospitalarios para garantizar a las instituciones adscritas al Sistema Nacional de Salud los más actualizados recursos de la medicina moderna. Por esta razón, se ha dado definitivo apoyo al perfeccionamiento de importantes créditos externos con los diversos países productores de estos equipos especializados. Hasta mediados de 1978 se habían obtenido, o estaban en proceso de perfeccionamiento, créditos por valor superior a los 4,500 millones de pesos.

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

Miss MILLER (Barbados): Mr. President, the Delegation of Barbados extends congratulations to you on your election to office and to all the other newly-appointed officers, and most especially to Dr. Acuña we offer our deepest and warmest congratulations and our best wishes for his second term of office. We would also like to tender our sincere appreciation to him, and to his staff, for the presentation of a very comprehensive annual report for the year 1977, together with the review of the quadrennium 1974-1977. It is indeed a remarkable performance to survey so extensive and diverse an area and to select the essentials and present them in a manner which clearly identifies achievements, underlines problems, and provides solutions in the field of health care delivery.

In Barbados we have completed in 1977 the final year of our four-year plan for the period 1973-1977, with proposals aimed principally at accelerating the integration of the preventive and curative services and further improving the efficiency of institutional and non-institutional health care, environmental sanitation and management. A new five-year development plan for the period 1977-1982 for the health services of Barbados is completed and is already in operation. The main aim of the plan relates to the implementation of a National Health Service within the National Insurance Scheme.

The broad policy objectives are, first, to develop a free national health service (free at point of service) within the structure of the national insurance scheme. The general practitioner will be the focus for the provision of primary health care through a primary health care team; second, to reorganize the structure and administration of the health services in order to achieve the unification of the private and public subsectors in a national health sector providing primary, secondary and tertiary health care. For example, in the area of nursing services, my Government has recently appointed for the first time a Chief Nursing Officer whose major responsibilities are to coordinate all nursing services; third, to improve the quality of environmental health; and fourth, to train medical, nursing and allied health personnel to meet the needs of the improved service.

My Government proposes to phase the implementation of the National Health Service, and a Project Design and Implementation Unit has been created to supervise this effort. The phases are as follows: the first phase will be the establishment of a national drug service during 1979 and the second phase will be the establishment of a medical care service, with emphasis on primary care, by the end of the year 1981.

The principal objective of the national drug service is the reduction of the cost of drugs to the consumer, without compromising the quality of the drugs selected for use. The basic underpinning of this service consists of the procurement of drugs for use in the National Health Service through a mechanism designed to facilitate bulk purchasing, storage, packaging and distribution, and the introduction of a drug formulary, which has already been drafted and is under consideration by my Ministry, for utilization in all government health care institutions and drug outlets. The Inter-American Development Bank has provided aid in the form of non-reimbursable technical cooperation to undertake a study for the operation of this service.

The strategy for the development and operation of the proposed national service rests, upon the following principles: that entry to any part of the health care system will be through the general practitioner; that emphasis will be on the continuity of care to the consumer rather than the curing of episodic illness; that the services must be available and accessible to all, and that the emergency services must also be available on a 24-hour basis; and that all components of health care must be complementary and that community awareness of the range of services offered must be fostered by more intensive health education promotional efforts.

In order to maintain an efficient service, when it is established, and to ensure optimum utilization of services, my Government will monitor and evaluate the programs on a regular basis. I am happy to report that a firm of consultants has been selected and will commence work shortly to recommend the modus operandi for the National Health Service. Embodied in the delivery of health care in the National Health Service are the polyclinic health facilities. A study for the financing of the development of a network of polyclinics has been approved by the Inter-American Development Bank. There will be three new facilities and two expansions. The final report on this study has been completed.

The construction of a public sewerage system for Bridgetown, our capital, is due to commence in January 1979 with a loan from the Inter-American Development Bank, and an institutional study to establish a Water and Sewerage Authority is in progress. Two national engineers who were trained in sanitary engineering on PAHO/WHO fellowships are attached to the Bridgetown sewerage project. Two other nationals have received training as sewerage construction inspectors in the United States of America, and are also attached to the project.

Much progress has been made in the area of solid waste management, which is a high government priority, and following the two-year assignment of a PAHO sanitary engineer, my Government has appointed a manager and a deputy manager to the Sanitation Service Authority which is responsible for the solid wastes services. Arrangements have been made for a PAHO fellowship to train the manager, and similar training for the deputy manager is planned for 1979 when the manager returns from abroad. A pulverization plant is due for installation shortly, and it is anticipated that construction will commence before the end of 1978.

Our Health Planning Unit received invaluable assistance from PAHO in providing a scholarship during the last academic year for the training in the United States of America of a health planning officer, who has successfully completed his study in a course leading to a Master's degree in health administration and planning.

Since 1971, legislation has been in force for compulsory immunization of school entrants against diphtheria, poliomyelitis, smallpox and tetanus; measles has now been added to this list. A mass polio immunization program for children up to 15 years was carried out in 1977-1978. In this campaign, PAHO gave assistance in the provision of a quantum of vaccine, and my Government expresses its deepest thanks and appreciation.

In the field of tuberculosis, a study was carried out by PAHO/WHO at the request of the Ministry of Health, and specific recommendations were made.

A graduate microbiologist has been selected and given responsibilities for the tuberculosis laboratory. One medical officer has been recommended for training in this field and will be given responsibility for tuberculosis control. An outbreak of bovine tuberculosis in cattle was discovered in one herd, and appropriate steps were taken to remedy this situation. Meanwhile, there is ongoing tuberculin-testing for other herds within the country.

In the field of epidemiological surveillance, I am happy to report that a very close rapport has been maintained between the National Epidemiology Center and CAREC. Laboratory directors, epidemiologists, health inspectors and public health nurses have benefited from training at CAREC and measures to monitor influenza, dengue, polio, typhoid and cholera were continued.

26.6. Ces taux sont encore plus élevés par rapport à ceux de la France entière.

Nous ferons quelques commentaires sur la situation sanitaire, sur l'évolution des ressources et sur la politique suivie.

Dans la situation sanitaire, nous voudrions insister surtout sur les domaines où nous avons essuyé des échecs et quand même parler rapidement de ceux où nous avons réalisé des progrès. Nous avons subi des échecs dans le domaine du paludisme. Au cours des années précédentes, des quatre dernières années plus précisément, nous avons réussi à éradiquer le paludisme en Martinique et en Guadeloupe, mais non en Guyane. En Guyane, non seulement l'éradication n'a pas été obtenue, mais au contraire on a noté, comme dans plusieurs pays--vous le savez--une recrudescence de cette affection. Elle s'est surtout prononcée à partir de 1973 et depuis lors, le nombre de cas se maintient depuis ces années-là à un taux annuel de 500 environ. C'est là un fait nouveau. Les zones côtières qui étaient classées comme zones de consolidation ont enregistré un nombre de cas important et parfois supérieur même à celui que l'on relève dans les forêts considérées comme zones d'attaque. Cependant, les foyers épidémiques ont toujours été enrayés quoique parfois dans des délais assez longs.

Nous avons essuyé des échecs aussi dans le contrôle de l'Aedes aegypti. La fièvre jaune et la dengue ne s'étaient pas manifestées depuis une dizaine d'années, mais au printemps de 1977 on a relevé des cas de dengue en Guyane, puis en Martinique et en Guadeloupe, lors de l'épidémie notée dans les Caraïbes. Il est difficile d'en préciser le nombre parce qu'il n'y a eu qu'une faible partie de cas officiellement déclarés et confirmés biologiquement; toutefois on n'a pas noté d'épidémie extensive. Les identifications ont montré pour la première fois la présence de virus du type A.

Troisième domaine dans lequel on enregistre des échecs est celui de la lèpre qui se maintient au taux antérieur, le nombre de nouveaux cas étant même légèrement supérieur à ceux que l'on enregistrerait auparavant, mais on ne peut vraiment pas imputer cela à une recrudescence de cette affection, mais plus vraisemblablement à une amélioration des méthodes de dépistage que l'on a beaucoup développées.

Les parasitoses intestinales sont très répandues: ascaridioses, ankylostomiases et en Martinique et en Guadeloupe seulement la schistosomiase. Il faut noter d'ailleurs que les schistosomiases sont absentes de la Guyane alors qu'elles sont cependant constatées dans les pays frontières, c'est-à-dire le Suriname et le Brésil.

Les domaines dans lesquels on a enregistré des améliorations comprennent surtout les autres maladies infectieuses qui diminuent progressivement sous l'effet des vaccinations entre autres et la mortalité infantile. La mortalité infantile a beaucoup décliné et atteint des taux inférieurs à 20 pour 1,000 naissances vivantes en Guadeloupe et en Martinique, alors qu'elle se maintient légèrement supérieure à 30 pour 1,000 en Guyane. En même temps,



il apparaît au premier plan des problèmes qui étaient considérés autrefois comme secondaires à la faveur de la diminution des autres infections; je veux parler des problèmes de santé mentale dûs chez les adultes à l'acoolisme et chez les jeunes à l'inadaptation aux modifications très rapides des conditions de vie, des structures familiales, de l'urbanisation et de l'habitat. En même temps d'autres problèmes comme les affections cardio-vasculaires, les cancers, les accidents viennent occuper le premier plan. Les activités des services sont donc également orientées au premier chef vers la prévention et les soins dans ce domaine. Les personnes âgées aussi causent de plus en plus de problèmes avec l'accroissement de la longévité.

En ce qui concerne les moyens dans l'ensemble, on peut dire qu'on s'est davantage attaché à améliorer la qualité et l'efficacité des ressources existantes que de les accroître, surtout dans le domaine des équipements. En effet, les équipements sont quantitativement suffisants aussi bien sur le plan des établissements hospitaliers que des dispensaires qui assurent toujours la prévention et les soins infirmiers, parfois la médecine curative, totalement comme en Guyane et partiellement pour certaines affections: lèpre, maladie vénérienne, maladie mentale, tuberculose, en Martinique et en Guadeloupe. Il faut remarquer que parallèlement à ces équipements on dispose d'un réseau de médecins libéraux qui dans tout le territoire, sauf dans les zones de Guyane en dehors de Cayenne, assurent les soins primaires et curatifs. Dans ce dernier département, là où il n'existe pas de médecins praticiens libéraux, ils sont remplacés par des médecins des services de santé centrés sur un dispensaire et qui assurent l'ensemble des soins préventifs et curatifs.

Le problème financier ne se pose pas pour le retour aux soins car une partie de la population est couverte par le système d'assurance-maladie et l'autre--celle qui ne peut bénéficier de ces dispositifs--par le système de l'aide médicale, c'est-à-dire qu'ils sont encore pris en charge par la collectivité.

Nous avons enregistré quelques progrès sur le plan du développement du personnel sanitaire. Le nombre de médecins pour 1,000 habitants est de 0.74 en Guadeloupe, 0.74 en Martinique et 0.92 en Guyane, mais ces chiffres devraient être encore augmentés et surtout la répartition des médecins laisse à désirer, les villes étant privilégiées à cet égard. Cependant, la population a dans son ensemble accès aux soins même dans les zones les plus défavorisées de la Guyane, mais évidemment plus ou moins facilement. Ceux qui ont des difficultés à se rendre dans les dispensaires peuvent même dans les zones reculées recevoir la visite des médecins de ces formations. En outre, on a essayé d'améliorer les moyens d'appel et de transport permettant de répondre dans de meilleures conditions aux urgences. Afin de favoriser le recrutement des médecins, la création d'un centre hospitalo-universitaire pour les Antilles-Guyane a été décidée. On organise actuellement sa mise en place dans les années à venir; elle sera facilitée par la reconstruction du centre hospitalier de Pointe-à-Pitre qui est déjà partiellement réalisée et de celle du centre hospitalier de Fort-de-France, en Martinique, qui est en voie de réalisation.

Nous avons des difficultés dans les soins dentaires où le nombre de chirurgiens-dentistes est un peu insuffisant. Par contre, des progrès substantiels ont été constatés dans les ressources en personnel paramédical. Les taux d'infirmières atteignent maintenant 2.40 pour 1,000 habitants en Guadeloupe, 2.6 en Martinique et 3.6 en Guyane. Pour les sage-femmes, il n'y a plus de problèmes d'autant que la natalité a fortement diminué. Par contre, nous avons des problèmes dans le recrutement d'agents qualifiés en matière d'hygiène du milieu; non pas qu'il existe des difficultés de recrutement, nous n'avons pas encore mis en place une formation satisfaisante et nous sommes en train d'y remédier.

Les équipements sont largement suffisants, on l'a dit, quantitativement, et nous atteignons le chiffre approximatif de 9 lits pour 1,000 habitants aussi bien pour la Guadeloupe, la Martinique et la Guyane, et cela simplement dans les trois disciplines de base: médecine, chirurgie, obstétrique, sans parler des établissements spécialisés pour la tuberculose ou pour les maladies mentales.

En ce qui concerne l'alimentation en eau et l'assainissement, ces services sont beaucoup plus développés dans les agglomérations où la totalité de la population est desservie par des réseaux d'eau potable, mais dans les régions rurales il reste encore beaucoup à faire. On estime généralement que 40% de la population devraient encore bénéficier d'adduction. Quant à l'assainissement il est moins développé. Dans le cadre d'un programme de lutte contre les parasitoses intestinales, on met en place des dispositifs d'assainissement individuels capables de répondre aux besoins des populations dispersées afin de compléter les réseaux existants ou qui sont en prévision, mais il faut prévoir un étalement sur 15 ou 20 années.

Les lignes politiques qui guident le développement des moyens sont avant tout:

1) privilégier la prévention. A cet effet, plusieurs programmes ont été établis; ils supposent la concertation des actions engagées dans plusieurs secteurs autres que celui de la santé: éducation, assainissement, agriculture. La politique intersectorielle a non seulement été encouragée mais a débuté sur des bases concrètes et sur plusieurs programmes;

2) intégrer autant que possible la prévention et les soins curatifs. Cela a été réalisé presque totalement en Guyane dans les secteurs en dehors de Cayenne où les médecins de secteurs ont beaucoup évolué et sont chargés véritablement à la fois des préventions et des soins. Cela se propage un peu, bien que trop lentement encore, dans d'autres régions. Non seulement les relations entre hôpital et services de prévention ont progressé, mais certains médecins hospitaliers prennent part à la prévention et certains médecins libéraux également;

3) développer les soins ambulatoires afin de freiner les hospitalisations qui sont beaucoup trop nombreuses et sans profit pour la population.

Dans le domaine du paludisme, les échecs que nous avons subis sont peut-être moins dûs à l'insuffisance de ressources qu'au manque de concertation entre les différents services qui doivent contribuer à cette lutte, pas seulement sur le plan technique mais également sur le plan du dépistage des nouveaux cas et aussi sur le plan de l'éducation et de l'information de la population. Il faut donc décloisonner la lutte antipaludique et y associer largement les mesures de salubrité, d'éducation de la population. Ce faisant, on doit combattre des habitudes qui sont parfois de réels obstacles que nous rencontrons pour obtenir un véritable travail en équipe. Le même problème se pose dans la lutte contre l'Aedes aegypti, et en matière de lèpre, nous avons surtout développé le dépistage précoce des enfants scolarisés en essayant d'intégrer ces activités dans la surveillance scolaire habituelle.

Pour la lutte contre les parasitoses qui est basée sur la concertation des actions d'assainissement, d'éducation, de dépistage et de traitement, accompagnées d'enquêtes épidémiologiques évaluatives, nous avons mis en place un programme qui a nécessité d'ailleurs un temps assez long consacré à la préparation de la population, des élus et des autres services, afin de les intéresser à ces actions qui leur paraissaient d'importance secondaire, car souvent ils acceptaient ces problèmes comme un mal inévitable. Ces programmes sont en train de démarrer.

Dans le domaine de la protection maternelle et infantile, les actions ont été mieux structurées; elles ont bénéficié de l'intégration du soin et de la prévention dont nous parlions et la surveillance médicale des futures mères s'est beaucoup développée. La qualification du personnel, notamment du personnel médical s'est largement améliorée, l'éducation a été préconisée et mise en place, les améliorations des services hospitaliers ont eu des répercussions importantes sur les soins donnés aux mères et aux enfants. Quant aux vaccinations on peut considérer que pour les tranches d'âge inférieur, c'est-à-dire de 0- à 5 ans, elle couvre au moins 80% des enfants.

En conclusion, dans notre résumé précédent, nous avons essayé de montrer l'évolution très favorable dans certains domaines et aussi le stationnement ou même le fléchissement dans d'autres. Il s'avère nettement établi que l'on se réjouit trop vite de la disparition que l'on croyait acquise du paludisme par exemple, et qu'une certaine démobilisation s'en est ensuivie. Une rigueur plus grande doit être apportée à ces programmes qui ne peuvent pas être abandonnés ou réduits prématurément. Tous les services doivent y participer et l'information de la population constitue un apport essentiel.

Report by the Delegation of Ecuador  
Informe de la Delegación del Ecuador

El Dr. BERMEO VALLEJO (Ecuador): Lo hice ya en privado y hoy deseo en forma pública a nombre de la Delegación de mi país, que tengo el honor de presidir, felicitar al Dr. Acuña por su reelección. Le auguro el mejor de los éxitos.

Es muy honroso para el Ministerio de Salud Pública del Ecuador presentar en el seno de la XX Conferencia Sanitaria Panamericana una síntesis del informe que, en documento adjunto, se ha hecho circular entre sus Miembros, correspondiente a las labores realizadas por el portafolio en el período 1974-1977 como parte importante del plan integral de transformación y desarrollo.

El período 1974-1977 podría ser considerado para la salud pública del Ecuador como el de afianzamiento y consolidación del Ministerio de Salud y su real despegue hacia la solución de innumerables problemas tradicionalmente preteridos.

En efecto, en el primer punto se observa que el Ministerio de Salud, que dispone de un plan con objetivos y metas concretas de acción, desarrolla una serie de acciones de normatización técnica y descentralización administrativa tendientes a fortalecer el desarrollo de las regiones de salud, circunstancia que favorecerá la organización y desarrollo de nuestro sistema regionalizado de servicios. Con este objetivo, además, se han organizado diferentes subsistemas de información, planificación, enfermería, laboratorios, etc., al mismo tiempo que se logró organizar técnicamente el Instituto Ecuatoriano de Obras Sanitarias para que pueda cumplir sus funciones en el campo del diseño, construcción y supervisión de obras sanitarias y establecimientos de salud.

Esta aseveración se ve confirmada con la realización de las siguientes acciones. Durante el período se han realizado 256 proyectos de construcción de sistemas de agua potable, de los cuales 118 están terminados y 138 en proceso; 78 proyectos de construcción de sistemas de alcantarillado, de los cuales 20 están terminados y 58 en proceso. Al mismo tiempo se han terminado 174 diseños de otros sistemas de agua potable y 118 de alcantarillado. La construcción y diseño de estos sistemas ha permitido que, en términos de cobertura, el Ecuador haya provisto agua potable al 82% de la población urbana y de sistema de alcantarillado al 63% de la población urbana. Estos porcentajes se comparan favorablemente con 62 y 47%, respectivamente, que se observó en 1974. En el área rural hasta 1977 la población provista de agua potable llegó al 13% y con disposición sanitaria al 11% que se compara con 5 y 4% observados en 1974. Es de indicar que mientras la cobertura en 1974 fue medida solamente en términos de accesibilidad, en 1977 se trata de poblaciones urbanas y rurales con conexiones domiciliarias.

Además de estas acciones se han efectuado programas de preservación del medio ambiente, fluoruración de sistemas de agua potable y control sanitario de industrias de alimentos, todo lo cual ha contribuido efectivamente al mejoramiento de nivel de la salud.

Ha sido preocupación permanente de nuestro portafolio dedicar la atención al control o erradicación, o ambos, de las enfermedades prevenibles por inmunización. Con este criterio se han realizado grandes esfuerzos para proteger contra la poliomielitis, tuberculosis, difteria, tos ferina y tétanos. El resultado de esta acción se puede medir con el hecho de que en el Ecuador, en 1977, la poliomielitis ha quedado reducida a una tasa de 0.2 por 100,000; la difteria a 2 por 100,000, y la tos ferina a 2 por 100,000.

En el presente momento el Ecuador, junto con Guatemala, tiene el honor de ser país piloto para el análisis y evaluación del Programa Ampliado de Inmunización en nuestro Continente, destacando que en el Ecuador se logró desarrollar tecnología primaria para red de frío que luego ha sido adoptada con criterio de industrialización por otros países. Es de indicar que las tasas de cobertura alcanzadas con la ejecución del programa ampliado de inmunizaciones en tres regiones de salud superan las cifras del 90%, por lo cual no dudamos que serán de importante impacto en nuestro nivel de salud.

En 1977 el Ecuador se vio libre de peste, al igual que de fiebre amarilla urbana y viruela, en tanto que se ha observado un incremento de la tasa de malaria a 150.7 por 100,000 habitantes, fenómeno similar al observado en otros países del Continente. Al mismo tiempo se observa un descenso en la incidencia de lepra que en este año llegó a 0.5 por 100,000.

En 1976 se inició la realización de una encuesta sobre incidencia de fiebre reumática cuyos resultados fueron dados a conocer a la OSP en su debida oportunidad. Se encuentra en marcha la horizontalización del programa de control de fiebre reumática en forma progresiva a través de todas las unidades operativas. Al mismo tiempo se efectuó la encuesta sobre hipertensión arterial con la participación de las facultades de medicina. En este momento se formulan el respectivo programa horizontal de control y atención.

En 1975 se inició el programa de alimentación suplementaria mediante la prestación de suplemento "leche-avena" que en 1977 llegó a 101,900 personas beneficiadas entre madres gestantes y lactantes y niños en riesgo bajo control. El número atendido en 1977 significó un incremento del 78% con relación a 1976. Gracias a la utilización extensiva de sal yodada, el índice de prevalencia de bocio endémico bajó de 24.3% en 1972 a 16.5% en 1977.

En términos de control prenatal, infantil, preescolar y escolar se ha continuado con el incremento de las acciones de tal modo que las cifras de cobertura alcanzadas se comparan positivamente con las de atención en 1974 y denotan una tendencia de incremento que abona favorablemente una demanda progresivamente creciente en esta área. Concomitantemente con las acciones mencionadas se han efectuado también importantes atenciones dentro de los componentes de regulación de la fecundidad y de detección oportuna del cáncer cérvico-uterino así como en el subprograma de salud bucal. En términos de regulación de la fecundidad y de acuerdo con la política definida en 1977 se atendió a 28,870 usuarias nuevas, cifra que significó un 50% de incremento con relación al año anterior. En el componente de detección

oportuna del cáncer cervice-uterino, en 1977 se realizaron 35,000 tomas de muestra para examen de Papanicolaou, cifra que fue más del doble con relación a 1976. En este aspecto cabe indicar los diferentes problemas de carácter operativo que se han detectado para el envío de las muestras y el análisis en los centros de referencia, circunstancia que ha sido objeto de la conveniente solución.

En cuanto a salud bucal, en 1977 se atendió a 337,000 personas, lo cual significó un 35% de incremento con relación a 1976 y más de 50% en comparación con 1974. Además de la atención dental se está también desarrollando en todas las escuelas del país el programa de prevención de la caries dental mediante aplicación de fluorurosa a 309,000 escolares, cifra cuatro veces mayor que la observada el año anterior. Finalmente, en este campo del fomento se procedió a organizar y desarrollar el programa de medicina del deporte a través de la instalación de un centro en Quito y la preparación de otros dos más en Cuenca y Guayaquil.

De acuerdo con la estrategia planeada de asignar prioridad a la atención ambulatoria y a la extensión de cobertura, el sistema de servicios regionalizados de salud del Ecuador ha visto incrementar sus recursos de suerte que, mientras en 1972 la relación consulta/habitante/año fue de 0.02, en 1976 esta relación fue de 0.21 y en 1977 de 0.39. Es de destacar que en el área rural la población de 1975 recibía 0.19 atenciones/habitante/año y en 1977 recibió 0.35. El incremento en ambos años fue realizado a expensas del crecimiento de subcentros y puestos de salud, así como a la racionalización del área de consulta externa de los hospitales. No obstante, la capacidad instalada dista mucho de ser utilizada a plenitud, por lo cual se encuentra en desarrollo un conjunto de estrategias para conseguir un aumento de demanda.

En cuanto a internación, la cifra de egresos de 1977 es casi un 20% mayor que en 1972 esperándose que la nueva capacidad instalada en cabeceras cantonales a través de los centros de salud-hospital permita conseguir un incremento todavía mayor de egresos hospitalarios con el fin de superar la relación de 2.1 egresos por 100 habitantes que mantiene el Ministerio desde 1972 a pesar del incremento vegetativo. En el período de este informe se han terminado 82 unidades ambulatorias, 32 centros de salud-hospital y construido, remodelado o adecuado 19 hospitales; al mismo tiempo se encuentran en construcción 87 unidades ambulatorias, 26 centros de salud-hospital y remodelándose o construyéndose 29 hospitales. El monto de inversión por este aspecto ha sido hasta 1977 de alrededor de EUA\$120 millones y la inversión financiera que se espera cumplir hasta 1979 llega a \$70 millones adicionales, a todo lo cual se debe añadir la inversión de \$100 millones por concepto de obras de saneamiento. Este voluminoso plan de inversión ha sido realizado merced a la prioridad asignada al sector salud por el Gobierno de las Fuerzas Armadas, situación que se manifiesta más aún cuando se conoce que el presupuesto de operación del Ministerio pasó de 3.84% en 1972 al 9.37% en 1977, a pesar de lo cual todavía es insuficiente para la atención de los múltiples problemas de salud.

La operación de toda la capacidad instalada y por instalarse ha generado innumerables problemas de todo tipo entre los cuales habría que destacar el de recursos humanos cuya formación a veces no guarda relación con la urgencia de las necesidades y con la celeridad con que se construyen las obras. Por tal razón se ha puesto en marcha importantes programas en convenio con las facultades de ciencias de la salud. El dato de incremento de 7,000 trabajadores de salud en 1972 a 12,000 en 1974 y más de 25,000 en 1977, no deja lugar a dudas de los esfuerzos descritos, lo cual ha permitido pasar de 0.6 personas/cama en 1972 a 1.2 personas/cama en 1977, destacándose que toda la nueva capacidad se abre a la operación cumpliéndose los requerimientos mínimos aceptables.

Pero no todo ha significado multiplicación de camas asistenciales, campañas preventivas, atención médica y saneamiento ambiental. Hay otro elemento fundamental, un catalizador que está faltando y que anhelamos sea identificado, cualificado y cuantificado científicamente para incorporarlo y utilizarlo eficazmente en favor de la gran meta de garantizar la salud como el derecho primordial del hombre. Ese elemento--que aparece como el principal obstáculo social en la aplicación de los programas de salud, y que lo hemos calificado previamente como el problema de la incomunicación--es el que también ha merecido nuestra atención para estudiarlo, superarlo y facilitar la acción de nuestro sistema de salud.

Como resultado de la acción realizada, la situación actual de salud es la siguiente: se ha logrado incrementar en 4.3 años la esperanza de vida al nacer, llegando a 60.7 años. La ganancia de estos años se ha conseguido merced a la disminución de la mortalidad general que en 1975 llegó a 7.8 por 1,000 habitantes, es decir, 2.1 menos que en 1974.

La tasa de mortalidad infantil, que llegó en 1975 a 57.6 por 1,000 nacidos vivos, es significativamente menor a la tasa de 1974 que fue 70.2 por 1,000 nacidos vivos. No obstante, la estructura de la mortalidad por componentes refleja todavía un predominio proporcional de la mortalidad posneonatal. La tasa de la mortalidad materna permanece invariable en 2 por 1,000 nacidos vivos, debiéndose esto en todo caso a un incremento y mejoría en la codificación y registro de muertes por causas maternas. En términos de estructura de las defunciones cabe notar una disminución en el grupo A, que comprende las enfermedades infecciosas, e incremento de los grupos de las enfermedades crónicas.

En esta forma me he permitido presentar una breve síntesis de las labores realizadas, de cuyos beneficios son testigo el pueblo y Gobierno ecuatorianos que miran con satisfacción el desempeño ocurrido en el campo de la salud. Señor Presidente y señores Delegados, nuestro conocimiento de las grandes virtudes que en beneficio de la salud pública de nuestro Continente Hispanoindoamericano han caracterizado siempre a los miembros de esta Reunión, me facilita que augure para la misma el mejor de los éxitos y una brillante gestión, al mismo tiempo que aprovecho para saludar y agradecer al Gobierno y todo el pueblo de Grenada por todas las atenciones y gentilezas de las que nos ha hecho objeto en todo momento.

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

El Dr. LEPAGE (Venezuela): Ante todo la Delegación de Venezuela desea expresar su felicitación al Dr. Héctor R. Acuña por haber sido reelecto para un nuevo período de esta Organización, y le auguramos éxito en su misión.

El período cuatrienal que nos toca presentar ha sido tal vez uno de los más exitosos y fructíferos en la historia de la sanidad nacional. Ello se desprende al examinar la tendencia sostenida del descenso de los indicadores de salud más importantes del país. De una población de 8,300,000 personas en 1974 hemos llegado a una población de 8,700,000 en 1977. La expectativa de vida del venezolano de 67.2 años en 1974 ha pasado a 68.1 en 1977. La tasa bruta de mortalidad general de 3.3 en 1974 ha pasado a 5.8 en 1977. La mortalidad infantil de 45.8 por 1,000 nacidos vivos en 1974 fue de 39.5 en 1977. La mortalidad de 1-4 años, llamada también mortalidad temprana, de 4.0 ha pasado a 2.9 en 1977. La tasa de natalidad se redujo de 37.3 a 36.5. Esto ha sido posible gracias a las acciones de salud que se han venido realizando tanto en el campo de la medicina preventiva como en el de la medicina curativa y reconstitutiva.

Los programas tradicionales--me refiero a los programas de lepra, tuberculosis, enfermedades cardiovasculares, cáncer, programas de higiene mental o de salud dental--han aumentado su cobertura poblacional y geográfica en todo el país con la creación de un nuevo servicio. Los nuevos programas que se han llevado a cabo en este período han sido dirigidos, sobre todo, a atacar ciertas enfermedades en lo que llamamos nuevos campos de acción de la salud pública. En la medida que la expectativa de vida del venezolano ha mejorado, y que los indicadores de salud han mejorado, y que las enfermedades prevenibles por vacuna ya no constituyen problema, y muchas de las transmisibles han disminuido sus tasas de morbilidad y de mortalidad, ha venido apareciendo un grupo de enfermedades que ocasionan invalidez y muerte en la población. Se han creado los nuevos programas nacionales de lucha contra la diabetes y otras enfermedades endocrinas, programas que han sido dirigidos primero a realizar una encuesta nacional para ver la magnitud del problema de la diabetes en el país, porque esta se desconocía. Los programas de nutrición dirigidos a los grupos más vulnerables de la población, como son el preescolar, el escolar y las mujeres gestantes, se han implantado en escala nacional a través de suplementos alimenticios que se reparten a toda la población.

Hubo una población de ancianos en el país, mayores de 65 años, que hasta el momento el Estado no había protegido y que no tenían ni siquiera donde vivir. Se han ido construyendo granjas para ancianos a nivel de las capitales provinciales y por decreto presidencial todos los ancianos mayores de 65 años, indigentes, que no tengan el apoyo de su familia, el Estado les asegura una pensión para el resto de su vida, que equivale al 75% del salario mínimo que se cobra en Venezuela. Esa es la protección social que se ha dirigido al anciano.



El programa de planificación familiar, oficializado en 1974 con la general aceptación por parte de la población y sobre todo a nivel de las barriadas humildes de los grandes centros urbanos, cada día presenta mayor demanda. Cada día concurre mayor número de personas y estos servicios tienen una clientela fija de mujeres humildes que concurren a ella. Por último, en el aspecto de los nuevos programas voy a referirme a la creación del Servicio Nacional Coordinado de Salud. En el Congreso de Salud Pública realizado en 1976, por decreto presidencial se creó el Servicio Nacional Coordinado de Salud, mediante la acción coordinada del nivel central y regional para todas las instituciones nacionales, estatales y municipales del sector salud, con miras a obtener una atención integral y eficaz para toda la población.

En lo que respecta a medicina preventiva, se ha venido ejecutando el Plan Nacional de Inmunizaciones desde 1974 y para no molestarnos con cifras, solo les voy a decir que gracias a este plan que se ha venido ejecutando en dos fases--una de campañas verticales y otra fase de programas rutinarios de mantenimiento--el país en estos momentos ha logrado obtener todas las metas de morbilidad y de mortalidad establecidas en la Reunión de Ministros de Salud en Santiago de Chile. O sea que estas metas que estaban supuestas a ser logradas por los países en 10 años, ya en siete años hemos logrado gran parte de las metas establecidas en la Reunión de Ministros de Salud. En lo relacionado con la atención médica, quiero referirme a dónde la acción del Gobierno nacional ha sido más significativa y más agresiva. Durante este cuatrienio estos servicios han sido aumentados en forma significativa. De 347 hospitales que teníamos para 1974, el número ha ascendido a 440 en 1978, lo cual significa que hay un incremento de 5,157 nuevas camas en cuatro años. Esto da una diferencia de 39,900 camas que actualmente tiene el país, comparado con 34,000 camas que tenía para 1974. A pesar de este aumento el índice de camas por 1,000 habitantes se mantiene en 3.1, debido al crecimiento paralelo de la población.

El número de centros de salud, o sea hospitales distritales de 30 a 60 camas, ha aumentado de 501 a 529 en los cuatro años del ejercicio. En las grandes ciudades alrededor de los hospitales regionales se han creado los centros ambulatorios periféricos. Estos centros ambulatorios que se crean anexos a los hospitales generales y los hospitales regionales tienen por misión realizar labores de consultas curativas y preventivas, con el fin de descongestionar el trabajo diario de los hospitales y que solamente se concurra a ellos no para una simple consulta, sino para acciones más complejas que se realizan a nivel de los hospitales. Ello nos ha permitido aumentar sustancialmente el promedio de estancia en nuestros hospitales. Se ha acortado el problema de estancia porque las camas son bien utilizadas. Las magistraturas rurales aumentaron de 501 a 529 y los dispensarios rurales de 2,167 a 2,500. En 900 de estos dispensarios se realiza lo que hemos llamado el programa de medicina simplificada, programa que está sobre todo localizado a nivel de la frontera y de la población rural dispersa.

En la atención hospitalaria a que me he referido, el fenómeno de concentración urbana se viene produciendo desde hace mucho tiempo; pero es a partir de los últimos 20 años cuando se acentúa con mayor fuerza, haciendo

posible que Venezuela cuente hoy con 14 ciudades en donde la tasa de crecimiento ha alcanzado un promedio de 10% anual, muy por encima del índice de crecimiento demográfico nacional, que en el decenio 1965-1974 oscilaba entre 3.6%. Este hecho demuestra claramente el enorme crecimiento vegetativo de la población, más el aporte migratorio del país que se trasladó a las zonas urbanas en busca de nuevos horizontes de trabajo, mayores oportunidades y mejores condiciones de vida. Ello ha traído este desplazamiento; el que se constituyan áreas marginales o periféricas a nivel de las grandes ciudades, que generalmente no tienen los servicios básicos.

Para afrontar ese problema de las áreas marginales el Señor Presidente de la República promulgó el decreto de creación del programa de ordenamiento de las áreas ocupadas por los barrios pobres del país. Mediante este instrumento se crearon los llamados módulos de servicio. En estos módulos de servicio se brinda asistencia social, áreas recreativas, mercados, seguridad pública para las zonas marginales y periféricas de la población, y generalmente dichos módulos de servicio están constituidos para atender una población de 20,000 habitantes. Durante el cuatrienio se han inaugurado 102 módulos de servicios múltiples de atención médica para los barrios marginales de las grandes ciudades del país, que cubren a una población de cerca de millón y medio de habitantes. Por último, Señor Presidente, quisiera referirme muy brevemente a lo realizado en función de dos acciones básicas de saneamiento como son el abastecimiento de agua potable y viviendas rurales y vivienda campesina. Para 1974 y hasta la fecha el programa de acueductos rurales ha recibido un vigoroso y decidido impulso por parte del Gobierno. Es así como la población servida por el programa de acueductos rurales entre 1974 y 1977 fue de más de 802 localidades con una población aproximada al medio millón de habitantes y para una inversión estimada en EUA\$50 millones. El programa de vivienda rural, uno de los programas más tradicionales del Ministerio de Sanidad mediante el cual, desde que fue diseñado en 1959, se han construido por parte del Despacho de Sanidad 200,000 viviendas para las clases campesinas. Durante el período 1974-1977 el número de viviendas rurales construidas en el país fue de 40,900 para una población de unos 250,000 habitantes. Este es un programa cuya acción está dirigida más que todo a profilaxis de la enfermedad de Chagas, reemplazando al rancho campesino tradicional--la choza de paja--con una vivienda adecuada donde el vector de la enfermedad de Chagas le sea imposible transmitir la enfermedad.

En esta forma, Señor Presidente, Señores Ministros, hemos dado una vista panorámica de lo que ha hecho el Gobierno Nacional durante los cuatro años que cubren el informe de los diferentes países.

The session was suspended at 10:45 a.m. and resumed at 11:15 a.m.  
Se suspende la sesión a las 10:45 a.m. y se reanuda a las 11:15 a.m.

The PRESIDENT: I now invite the distinguished Delegate of Chile to take the floor.

Report by the Delegation of Chile  
Informe de la Delegación de Chile

El Dr. CRUZ (Chile): Seremos breve ya que toda la información significativa se encuentra en dos documentos recientemente entregados a los señores Delegados de los cuales existen más ejemplares a su disposición.

Las líneas de avance básicas del cuatrienio 1974-1977 pueden resumirse en tres. En lo político: un reconocimiento explícito del derecho a la salud en las actas constitucionales de 1976 con la consecuente responsabilidad del Estado de asegurar el acceso a las acciones de salud de todos los habitantes dentro de un sistema en subsidiaridad, característica esta esencial del proceso. En lo administrativo: efectiva descentralización operativa del servicio estatal, al entrar en funciones en esta primera etapa, de 13 servicios regionales y 7 áreas metropolitanas, radicando integralmente en el Ministerio de Salud la decisión de políticas, planes y normas nacionales se ha mantenido y reforzado la unidad normativa básica que ha sido el factor de éxito en los 25 años de labor del Servicio Nacional de Salud de Chile. Paralelamente se ha establecido un mecanismo que estimula la eficiencia administrativa de los entes operativos del sistema nacional de servicios de salud. En lo técnico: estratificación de las acciones de salud en tres niveles interdependientes de los cuales el nivel primario ha concitado la mayor dedicación y ha recibido el mayor aporte de recursos, lo que ha permitido una notable extensión de la cobertura gracias a la activa y preponderante participación de personal no médico debidamente capacitado. Paralelamente se ha mejorado, dentro de las posibilidades racionales, la capacidad de atención requerida en los niveles secundario y terciario.

Las acciones de protección y fomento de la salud han recibido especial énfasis maximizándose sus rendimientos. Gracias a los programas permanentes de vacunación, han desaparecido de Chile los casos de poliomielitis en los últimos tres años y hay un marcado descenso en los casos de sarampión. En el presente año la vigilancia epidemiológica permitió pesquisar precozmente un aumento de meningitis meningocócica de tipo C y completar con pleno éxito una campaña de vacunación, inmunizando a 1,400,000 personas en cuatro semanas en la región metropolitana. Queremos en este momento agradecer la oportuna y eficaz colaboración del Gobierno del Brasil en este logro.

Igualmente, al nivel primario pertenece el programa nacional de alimentación complementaria que alcanzó en 1977 su máximo nivel ofreciendo a 100% de los niños menores de seis años un complemento alimentario de alta calidad, ligado así al control de niño sano, mecanismo indispensable para el fomento y protección de este grupo.

El balance de estas líneas de acción ha sido satisfactorio como ustedes podrán apreciar en los documentos en su poder. Los índices de salud han mostrado una muy favorable evolución en la cual cabe destacar la mortalidad infantil que ha caído en un 25% en los cuatro años analizados.

La única área insatisfactoria es la de las enfermedades entéricas, ligadas a problemas generalmente de saneamiento ambiental y de compleja solución que está siendo abordada a través de una política global de gobierno que involucra a varios sectores en el problema.

En suma, estimamos que el período 1974-1977 ilustra muy bien cómo conceptos madurados en el seno de este organismo de contacto internacional pueden, debidamente modulados e implementados por la realidad nacional, contribuir significativamente a la salud de nuestros pueblos.

Report by the Delegation of Brazil  
Informe de la Delegación de Brasil

Dr. MACHADO (Brasil): A Delegação brasileira cumprimenta sua Excelência o Senhor H. J. Preudhomme, Ministro da Saúde de Grenada, por sua eleição para a Presidência da XX Conferência Sanitária Pan-Americana. Cumprimenta também os Excelentíssimos Senhores Ministros e Delegados e formula votos para que esta reunião alcance o objetivo comum de trabalhar conforme as tradições da Organização Pan-Americana da Saúde, numa reafirmação da união fraterna, para a melhor utilização de recursos técnico-científicos, financeiros e políticos, em benefício da saúde do homem das Américas, sem distinção de idiomas, regiões ou ideologias políticas.

O relatório do Senhor Diretor, Doutor Héctor R. Acuña, revela, para satisfação nossa, a melhoria da situação da saúde nas Américas durante o quadriênio, resultante sem dúvida do esforço realizado nos Países Membros para superar os desafios que crescem e se multiplicam enquanto os recursos humanos e financeiros não aumentam proporcionalmente. A administração sanitária tornou-se, antes de tudo, a arte de bem gerir com escassez de recursos.

De modo geral, tem-se a impressão de que foi preservada a fidelidade às resoluções da reunião decenal dos Ministros da Saúde e que as metas estabelecidas poderão ser atingidas em vários, senão na maioria, dos países membros. A Organização Pan-Americana da Saúde continuou neste quadriênio desenvolvendo esforços adequados e suficientes, cabendo-lhe grande parcela do crédito pelo sucesso registrado. Congratulamo-nos com o Senhor Diretor pelo êxito de sua administração.

No Brasil, este quadriênio foi marcado pelas profundas modificações no setor da saúde. Em 1974, definiu-se a Política Nacional de Saúde dando-se uma nova importância às ações básicas e à extensão da cobertura. O Ministério da Saúde ficou responsável pelas ações de alcance coletivo e pela elaboração

da Política Nacional de Saúde. O Ministério da Previdência e Assistência Social passou a se responsabilizar pela atenção médica individual.

A nova política tem sido implementada de maneira metódica desde o momento em que o Congresso Nacional aprovou a lei criando o Sistema Nacional de Saúde. A seguir, sucederam-se duas outras leis básicas, uma instituindo o sistema nacional de vigilância epidemiológica e outra instituindo a vigilância sanitária de medicamentos e correlatos. Definidas as competências e responsabilidades, passou-se ao segundo passo, isto é, à constituição de uma estrutura adequada à nova legislação. Foi assim definida a estrutura do Ministério da Saúde. O terceiro passo, dentro dessa evolução metódica de implementação da Política Nacional de Saúde, foi a criação da carreira de saúde pública, com mais de 25.000 profissionais de nível superior e de nível médio, todos em regime de tempo integral e formalmente capacitados. Tornou-se realidade a equipe multiprofissional de saúde, há tantos anos recomendada. Hoje, temos não só médicos, engenheiros, enfermeiros e odontólogos com o curso de saúde pública, mas também psicólogos, pedagogos, arquitetos-urbanistas, sociólogos, economistas e até advogados com curso básico de saúde pública, especializados em legislação sanitária, uma vez que uma outra lei federal definiu, pela primeira vez, os crimes contra a saúde.

Paulatinamente, foram sendo ampliados os recursos destinados ao Ministério da Saúde que hoje conta com cerca de 900 mil dólares por dia em seu orçamento somente para as ações básicas de saúde, sem responsabilidade com relação à assistência médico-hospitalar. Modificações tão profundas obrigaram à adaptação dos planos de cooperação da Repartição Sanitária Pan-Americana. Houve necessidade de modificar e suprimir programas bem como de iniciar novas programações.

Na nova situação, tornou-se possível desenvolver informações e estatísticas da saúde, e deverá completar-se em outubro a instalação do último computador do novo Serviço de Processamento de Dados do Ministério da Saúde. Centros Regionais de Estatística da Saúde já estão funcionando ou em fase final de instalação em quatro regiões do Brasil, articulados com o banco de dados do Ministério. Foi criada uma rede nacional de Laboratórios de Saúde Pública com supervisão e controle de qualidade regionalizados, a qual atingirá, até março de 1979, a meta de 509 laboratórios, com pessoal devidamente capacitado, utilizando equipamentos e técnicas padronizadas em âmbito nacional. O Programa Nacional de Imunização, que tem por objetivo vacinar 80% da população menor de um ano de idade contra sarampo, tétano, coqueluche, difteria e poliomielite, além de vaciná-la também com BCG intradérmico, está em plena execução, controlando-se não o número de doses aplicadas mas o número e a idade das pessoas efetivamente vacinadas.

Os dados de agosto indicam que até o final do ano será possível vacinar 2.400.000 crianças que constituem a população alvo menor de um ano. Em alguns estados já conseguimos obter, a qualquer momento, o nome e endereço de uma criança menor de um ano de idade que não tenha completado seu ciclo de vacinações. O controle de medicamentos e correlatos foi implantado com a maior

eficácia e, somente este ano, 25 produtos farmacêuticos abusivamente utilizados como iniciação aos tóxicos foram retirados do mercado por livre decisão de 13 indústrias que, na ausência de qualquer medida autoritária, concordaram com as razões do Ministério da Saúde.

Conforme a nova política, o Ministério da Saúde é responsável pela atenção primária na zona rural. Água potável, habitação e nutrição passaram a ter grande prioridade. As ações se concentram, nesta primeira fase, na região Norte e Nordeste, regiões mais pobres do país, onde vivem mais de 40 milhões de brasileiros. Serviços de abastecimento de água foram e continuam sendo construídos nas zonas rurais, atendendo-se todos os núcleos com mais de 500 habitantes.

A habitação rural precisa oferecer o mínimo de segurança sanitária; cada casa deve ter uma latrina higiênica, um chuveiro, um tanque de lavar roupa e ser livre dos vetores dominantes na região. Com a participação da comunidade, o Ministério da Saúde vem melhorando a habitação rural. A melhoria pode exigir até a total reconstrução de casa com materiais duráveis, mas sempre respeitando a ecologia humana: construir-a onde vive o homem, sem transportá-lo para conjuntos habitacionais peri-urbanos. Iniciado, há menos de um ano, o programa já conta com mais de 2.000 habitações praticamente construídas em áreas rurais e mais de 200.000 melhorias sanitárias domiciliares já instaladas. Todo o programa se desenvolve com recursos próprios do Ministério da Saúde que, para baixar os custos, fabrica tijolos, portas e janelas.

O grave problema da desnutrição é enfrentado pelo PRONAN--Programa Nacional de Alimentação e Nutrição--coordenado pelo Ministério da Saúde e que conta com a participação dos Ministérios da Educação, do Trabalho, da Previdência e Assistência Social, da Agricultura e do Planejamento. Dos diversos projetos que constituem o PRONAN, destacamos pela sua originalidade o projeto de Incentivo ao Produtor de Baixa Renda, projeto que já reuniu 50.000 famílias que praticamente nada produziam, que, saíram de um nível econômico ínfimo e que no fim do primeiro ano haviam produzido 41.000 toneladas de alimento. Parte da produção é adquirida pela rede local de serviços de suplementação alimentar e parte é comercializada localmente a preço de custo. Produzindo alimentos, reduz-se o custo da suplementação alimentar tradicional e a comercialização a preço de custo melhora o estado nutricional da população não assistida, reduzindo o número de dependentes da distribuição gratuita de alimentos, distribuição que consideramos uma necessidade temporária, um mal necessário. O sucesso do projeto levou o Governo brasileiro a conceder mais recursos, equivalentes a US\$110.000.000 a fim de ampliar para 400.000, nos anos de 1978 e 1979 o número de famílias assistidas pelo Projeto de Incentivo ao Produtor de Baixa Renda mediante o financiamento a lavradores e camponeses que nem sequer são proprietários da terra.

Um grande desafio para a saúde pública brasileira são as chamadas doenças tropicais. Encontra-se no Brasil a mais extensa área nas Américas assolada por doenças tropicais onde existe também o maior número de pessoas ainda expostas à sua transmissão. Durante o quadriênio, os recursos destinados pelo Ministério da Saúde às operações de campo contra as doenças tropicais aumentaram de Cr\$219 milhões para Cr\$1.745 milhões, equivalentes a

US\$830 milhões por ano. Há 27.000 profissionais de todos os níveis, que utilizam 5.000 veículos de transporte, de aviões a muarés, conforme as condições locais, no combate às doenças tropicais.

Neste quadriênio, as campanhas contra a malária, doença de Chagas, filariose e esquistossomose foram reestruturadas, passando a agir de maneira metódica, em áreas contínuas e contíguas. Com relação à malária, estende-se cada vez mais a área livre de transmissão, embora o número de casos permaneça inalterado já que há um aumento explosivo da população da região Amazônica. Por exemplo, o Território de Rondônia, em 1950, tinha 13.816 habitantes e hoje tem 400.000. Na realidade, em 1940 registravam-se no Brasil 300 casos de malária por mil habitantes. Hoje, a incidência baixou a menos de 2,2 casos por mil habitantes. Mesmo na região Amazônica, a transmissão foi interrompida em 1.668.000 km<sup>2</sup>, onde vivem 2,8 milhões de habitantes. Os resultados demonstram a existência de uma metodologia eficaz desde que aplicada sistematicamente. O programa especial contra a esquistossomose, iniciado há dois anos, já tratou 1.500.000 pessoas e no Estado do Rio Grande do Norte, que já está em vigilância, a segunda avaliação demonstra os bons resultados obtidos pela metodologia utilizada, que compreende o estudo da dinâmica populacional do planorbídeo para determinar a época mais propícia para o tratamento, medicação em massa a curto prazo, contenção temporária da população de planorbídeos, saneamento básico e educação sanitária. No entanto, desenvolve-se um inquérito malacológico e coproscópico para delimitação precisa da área endêmica.

A campanha contra a doença de Chagas, instituída em 1975, desenvolve-se metodicamente em áreas contínuas e contíguas e em ciclos semestrais, já tendo atingido cobertura de mais de 80% da área endêmica conhecida. Acha-se em vias de conclusão o inquérito triatomínico e sorológico que irá definir a área endêmica e a prevalência. Mais de 560 mil amostras de sangue já foram examinadas em 12 laboratórios especialmente capacitados e supervisionados pelo laboratório central. Os trabalhos de campo desenvolvem-se em 668 municípios com 56.104 localidades, onde o número de casas e anexos desinfetados é superior a 1.800.000.

Inquéritos nacionais ainda encontraram 13.201 casos de tracoma em bolsões residuais, processando-se no momento o trabalho de erradicação. Outro inquérito de âmbito nacional revelou que a prevalência de bôcio endêmico foi reduzida de 20,07% para 14,1% nos últimos 20 anos. Foi reforçada a legislação que obriga a iodatação do sal e o seu controle tornou-se a primeira missão dos laboratórios de saúde pública.

Ainda neste quadriênio teve o Ministério da Saúde que enfrentar a grande epidemia de meningite meningocócica, vencida em 1975 após a vacinação de 86 milhões de brasileiros, do extremo norte ao extremo sul, em apenas seis meses. Em São Paulo, chegou-se a vacinar 2 milhões de pessoas em um só dia. Posteriormente, o Brasil teve a satisfação de colaborar com o Paraguai, o Uruguai e o Chile, quer fornecendo vacinas, quer remetendo peritos para cooperar com as equipes locais no combate à doença meningocócica.

Para desenvolver todo este trabalho, foi necessário um grande esforço de capacitação de pessoal. Os cursos de saúde pública no Brasil, que eram apenas 2, hoje são 8.

Desenvolveu-se também a fabricação de produtos biológicos. Além do BCG intradérmico produzido pela Fundação Ataufo de Paiva e da vacina anti-amarílica produzida pelo Instituto Oswaldo Cruz, iniciou-se, neste último, a produção de vacinas anti-meningocócias com a mais avançada tecnologia. A usina piloto, instalada graças à colaboração francesa, hoje é inteiramente operada por técnicos nacionais. Até janeiro de 1979 estará sendo produzida a vacina brasileira contra o sarampo.

Um esforço de vulto foi também empreendido neste quadriênio em matéria de pesquisas, concentrando-se os trabalhos no campo das doenças tropicais. O tradicional Instituto Oswaldo Cruz foi totalmente remodelado; conta hoje com um grande centro de pesquisas sobre doença de Chagas, outro dedicado à esquistossomose e instala no momento o Centro de Virologia Comparado. Lá funciona também o Centro de Referência de Malacologia. Com o auxílio do Ministério da Saúde ampliou-se consideravelmente o Instituto de Medicina Tropical da Universidade de São Paulo e em Belém instituiu-se o Instituto de Saúde da Amazônia onde se constrói neste momento o Centro de Primatas Não Humanos com a colaboração da Organização Pan-Americana da Saúde. No Nordeste, desenvolve-se a maior soma de pesquisas no momento no campo da esquistossomose. A SUCAM opera regularmente mais de 3.000 estações de controle da dinâmica populacional de planorbídeos, estações selecionadas dentre 220.000 estações de captura por serem representativas de ecotopos definidos.

Inaugurar-se-á ainda este ano o Centro Hospitalar do Instituto Oswaldo Cruz, destinado a doenças transmissíveis. Graças a inquérito serológico de Chagas, desenvolve-se, na Universidade de Brasília uma pesquisa pioneira e de grande vulto em busca da relação entre infecção e doença, já tendo sido examinados clinicamente mais de 1.000 pacientes, feito o estudo eletrocardiográfico de todos eles.

A extensão da cobertura progrediu consideravelmente durante o quadriênio. Além da grande expansão das tradicionais cadeias de complexidade crescente da Fundação SESP, foi instituído um outro grande programa, o PIASS--Programa de Interiorização de Ações e de Saneamento de Saúde--calcado naquela experiência e que já conta com centenas de unidades. Nas áreas urbanas, o Ministério da Previdência e Assistência Social ampliou largamente a sua cobertura, aplicando recursos que atingiram a 51,5 bilhões de cruzeiros, equivalentes a mais de 2.000 milhões de dólares. Trata-se do maior orçamento do Brasil, superior mesmo ao dos ministérios militares. No primeiro semestre de 1978 foram atendidas 74,8 milhões de consultas médicas e concedidas 4,3 milhões de internações hospitalares, atendendo-se no semestre a 12,6 milhões de consultas odontológicas. Os números refletem a amplitude da cobertura.



É impossível resumir todos os progressos dos últimos quatro anos. Vale, entretanto, enumerar de passagem a criação da rede de centros nacionais de hemoterapia, da rede nacional de centros de radioterapia e o desenvolvimento de técnicas singelas de reabilitação e difusão dessas técnicas em zonas menos assistidas.

Mas para não alongar muito, vamos terminar, voltando antes os olhos para o continente e reafirmando nossa preocupação com os velhos problemas da malária e do Aedes aegypti, este último agravado com a importação do dengue que tantos prejuízos causou ao Caribe no ano passado e que sem dúvida é uma ameaça para todo o continente. Seria desejável que a Organização dedicasse maiores recursos para ajudar os Países Membros a erradicar a malária e o Aedes aegypti. Podemos pleiteá-la de forma insuspeita. O Brasil aplica este ano 33 milhões de dólares na luta contra a malária e não necessita de recursos adicionais. O Brasil já erradicou o Aedes aegypti e portanto também não postula recursos para esse fim. Mas há países irmãos que têm dificuldade e que devem ser ajudados. Ao constatar que a OPAS destina à febre aftosa e à saúde animal mais de 8 milhões de dólares e menos de 2 milhões de dólares ao combate à malária, à qual estão expostos mais de 60 milhões de habitantes do continente, não podemos deixar de perguntar se não estaria merecendo o bovino mais atenção que o homem das Américas.

Report by the Delegation of Bolivia  
Informe de la Delegación de Bolivia

El Dr. BARRERO (Bolivia): Según los resultados preliminares de la encuesta demográfica realizada en 1975, la expectativa de vida al nacer ha sido estimada en 48.21 años, que en relación con estimaciones anteriores, representaron incremento de dos años. La mortalidad general, según la misma encuesta es de 17.09 que, comparado a estimaciones de 1974 ha disminuido en 1.44. En la misma encuesta la mortalidad infantil se estimó en 174 por 1,000 nacidos vivos. Esta es una cifra mayor a estimaciones de años anteriores. Las principales causas de mortalidad general están representadas por enfermedades del aparato respiratorio, afecciones perinatales y gastrointestinales agudas. La mortalidad infantil se caracteriza por el impacto que tiene en las enfermedades respiratorias, diarreicas, perinatales y otras enfermedades infecciosas.

Según los egresos hospitalarios, la morbilidad en menores de un año está influenciada por las enfermedades gastrointestinales y respiratorias con más del 80% en grupos de 1-4 años: predominan las gastrointestinales y respiratorias, seguidas por accidentes, violencias, y enfermedades del aparato digestivo. Del mismo modo que en la mortalidad y en la morbilidad las enfermedades transmisibles continúan siendo uno de los problemas más importantes de salud pública en el país, no solamente por la magnitud del daño que provoca, sino también por su gran impacto de vulnerabilidad en los grupos etarios menores de cinco años y por su trascendencia en negativa en edades anteriores.

El 70% de la mortalidad entre las 10 primeras causas se debe a enfermedades parasitarias e infecciosas. En cuanto a la morbilidad, las enfermedades infecciosas, tanto respiratorias como gastrointestinales, constituyen mayor proporción. Entre ellas un elevado porcentaje corresponde a daños prevenibles por inmunizaciones específicas. El control está sujeto a las siguientes actividades: vigilancia epidemiológica, medicina preventiva a través de vacunaciones y saneamiento ambiental. En vigilancia epidemiológica se ha registrado en 1977 cinco brotes epidemiológicos de tos ferina, uno de sarampión, uno de peste bubónica y uno de fiebre amarilla. Todos fueron controlados efectivamente desde su inicio.

En cuanto a otras enfermedades transmisibles que no han producido brotes epidémicos y que también están sujetas a vigilancia epidemiológica, se registraron en malaria un total de 10,000 muestras hemáticas positivas, y como resultado se roció con insecticida en 5,732 localidades que tenían 83,000 casas, y fueron protegidos contra la malaria 317,000 habitantes. En 1976 se produjeron 594 defunciones por tuberculosis, con una tasa de mortalidad de 40.9%, una mortalidad de 11,000 casos y una tasa de morbilidad de 249. La inmunización contra la poliomielitis alcanzó a cubrir el 50% de lo programado, o sea 106,000 personas vacunadas. Con DPT la cobertura fue de 33% con 59,000 vacunados. En sarampión se alcanzó la cobertura de 73% con 120,000 vacunaciones, y en fiebre amarilla se obtuvo una cobertura de 81% con 89,000 vacunaciones. Se ha formulado el Plan Ampliado de Inmunizaciones, que en el momento actual está en proceso de revisión de manera que el financiamiento externo de EUA\$9 millones en cinco años permitirá desarrollar el programa integral de enfermedades transmisibles, incluido el programa nacional de malaria, que como resultado del análisis y evaluación se replanteará en acción futura.

La mortalidad infantil de 174 por 1,000 nacidos vivos es elevada. Las mujeres en edad fértil (de 15 a 49 años) constituyen el 23% de la población. Presentan altos índices de fecundidad, alcanzando una tasa estimada de 24.4 por 1,000 mujeres para 1975. Las deficientes condiciones ambientales y socioeconómicas de la población rural y la escasa cobertura útil de la atención del embarazo, parto y puerperio, condicionan una alta tasa de mortalidad materna, con variaciones de 15 por 1,000 nacidos vivos en las ciudades y 59.6 por 10,000 en las regiones rurales. Por otra parte, se estima que el aborto influye significativamente en esta situación. El 50% de las embarazadas padecen de anemias nutricionales. Entre 1977-1978 se ha organizado y fortificado las unidades operativas a nivel regional, en algunos centros de salud-hospital, que representan una unidad de ejecución local como actividad coordinada integrada como las de nutrición e inmunización.

Hay un alto índice de desnutrición sobre todo en los niños menores de 15 años. El déficit es proteico y calórico en el 15% de la población en general. Las anemias nutricionales en un 50% de las embarazadas y la prevalencia de bocio endémico en un 75% de las zonas endémicas. Las actividades de este programa se han desarrollado con enfoque de coordinación intersectorial y en el momento actual la extensión de sus actividades, a través de clubes de madres, más de 800 con educación para la salud en nutrición y

distribución de alimentos, se han cumplido en términos de metas con más del 70% de su programación, abarcando a más de 150,000 beneficiarios. Se ha dado impulso en la producción y consumo de la sal yodada, con participación de otras instituciones y la comunidad a nivel de organizaciones de tipo cooperativo. Los clubes de madres se han constituido en los instrumentos de organización comunitaria que permiten la distribución de alimentos con recuperación de parte del costo y representan un medio eficaz de concientización a nivel de la comunidad, para eliminar la modalidad de distribución gratuita de alimentos.

En el área urbana, menos del 50% dispone de servicios de agua potable y alrededor del 17% de servicios de alcantarillado. En el área rural, apenas 9% dispone de precarios servicios de agua y 5% de algún sistema de alcantarillado. Las actividades del programa a 1977 muestran que 20,000 personas han sido beneficiadas con la construcción de sistemas de agua y 72,000 con la construcción de letrinas y tanques sépticos. Se ha concretado la firma de un convenio para saneamiento básico rural con financiamiento externo de EUA\$4.5 millones. Sus actividades han sido iniciadas con la identificación de 13 localidades rurales para el período 1978-1979, lo que significa la construcción de igual número de sistemas de agua, proyectos en los que participa activamente la comunidad. Está en plena ejecución el programa de saneamiento rural con financiamiento de EUA\$1.5 millones. La capacidad operativa de la unidad responsable de la ejecución ha sido reforzada en la medida de las posibilidades del financiamiento nacional.

La incidencia de silicosis y tuberculosis en el sector minero en 1976 fue del orden del 15%, en vez del 22% encontrado a principio del decenio de 1960. Los accidentes en este mismo sector son del orden de 69 por millón de horas trabajadas. El impacto económico causado por accidente y enfermedades profesionales en el sector minero, cuya población trabajadora se estima en 65,000 personas, ha sido analizado por la Caja Nacional de Seguridad Social cuyas construcciones, abarcando puestos directos e indirectos, muestran pérdidas de aproximadamente EUA\$4 millones anuales.

La morbimortalidad por accidentes de trabajo se ha duplicado entre 1965-1976 y en razón de encarecer los centros laborales en gran parte de servicios de seguridad e higiene industrial. La morbilidad por accidentes de trabajo en el sector manufacturero es del 15.2%. La morbilidad por peseticidas fue de 1.23 y la mortalidad de ella de 0.06%. Entre 1976-1977 las acciones del programa han sido ampliadas a Yacimientos Petrolíferos Fiscales Bolivianos, Empresa Nacional de Ferrocarril y de esa área boliviana con cobertura inicial de 20,000 trabajadores. Se ha establecido un comité interministerial que actualmente está en pleno funcionamiento para estudiar y definir políticas de acción integral.

Las múltiples instituciones públicas y privadas que prestan servicios de salud como función principal o colectiva no conforman un sistema de flujo y coordinación estrecha de políticas, acciones o actividades. Sus sistemas administrativos son diferentes y autónomos lo que dificulta la coordinación interinstitucional. Cada uno de los organismos tiene estructura y

organización basada en instrumentos jurídicos específicos que definen su naturaleza sin cobertura poblacional y financiamiento, razones por las cuales no guardan coherencia y tienen grandes desigualdades en su financiamiento. Ello crea las diferencias en la calidad de sus servicios.

El análisis está comprendido en tres aspectos: cobertura institucional, tradicional y el enlace entre ambos.

**Cobertura institucional:** Las características de dispersión de población, accesibilidad, razones culturales y niveles socioeconómicos hacen que para analizar la cobertura institucional de servicios se tengan necesariamente que diferenciar dos áreas claramente definidas, urbana y rural. **Area urbana:** La prestación de servicios a través del sistema formal de salud conformado por el Ministerio de Prevención Social y Salud Pública, la seguridad social y otros organismos del gobierno central como punta de acción social de la Presidencia de la República y otras instituciones privadas están concentrados mayormente en el área urbana, en tramos de población superior hasta 5,000 habitantes con servicios de diversa complejidad y clase.

Es necesario destacar asimismo las áreas marginales de las ciudades constituidas en su mayor parte por poblaciones provenientes del área rural, que carecen en general de servicios suficientes y adecuados; con tramos con tramos de población menores de 5,000 habitantes y una concentración de atención que no alcanza al 0.4 por habitante/año, situación que está condicionada por una serie de factores advirtiéndose entre los principales accesibilidad geográfica, económica y cultural. La ubicación o emplazamiento de la infraestructura sanitaria rural en gran porcentaje frena la accesibilidad de la comunidad a los servicios debido a las distancias que deben recorrerse, y, sobre todo, a la dificultad de los medios de transporte que no permiten recurrir a los servicios en tiempo y posiciones oportunas y adecuadas. La escasa capacidad económica de las comunidades actúa en forma negativa, limitando su participación en programas y actividades que requieren de aporte económico comunitario en alguna medida.

Los bajos niveles de educación en los patrones culturales tradicionales actúan como el mayor premio a la comprensión de los problemas de salud. Sin embargo, en los últimos tiempos la utilización efectiva de los servicios de salud en algunas áreas rurales, así como los requerimientos de instalación de otros nuevos, pueden ser considerados como un avance valorativo en mayor escala de las necesidades de salud de la comunidad. Las migraciones internas, sobre todo las de las áreas rurales hacia la periferia de las ciudades, capitales de departamentos, han impulsado a la identificación acelerada de necesidades de salud y la presión de las autoridades para satisfacer dichas necesidades. Desde la década de 1960 se han incorporado en la organización el sistema de servicios de salud, programas básicos integrados, particularmente en el área rural, con la cooperación del Fondo de las Naciones Unidas de Protección a la Infancia, desarrollándose actividades de control de enfermedades transmisibles, atención maternoinfantil, nutrición, saneamiento ambiental y atención de las demandas en las que de modo básico se ha promovido y fomentado la participación de la comunidad.

En la presente década, siguiendo los lineamientos de políticas, objetivos y estrategias del plan nacional, se han organizado, y están en plan de desarrollo, otros proyectos en los que se pueden citar los proyectos de salud rural Montero, Ungadi y Concern. Estos proyectos de salud rural tienen como propósito el diseño, implementación, evaluación y ajuste de un sistema de prestación de servicios integrales de salud en el área rural, de acuerdo con un criterio de regionalización y por niveles de complejidad compartidos, con participación activa de la comunidad. Para el mejoramiento y ampliación de los servicios de salud del área rural se ha concretado financiamiento a través del convenio del desarrollo comunal con USAID. El componente de salud en este convenio representa la ampliación de servicios en áreas geográficas definidas y orientadas sobre todo hacia las áreas fronterizas del país. Por otra parte, está en trámite y en vía de concreción y financiamiento la suma de EUA\$10 millones a través de USAID para el desarrollo de servicios de área rural que serán organizados dentro de un sistema de regionalización con participación de la comunidad que dará lugar a un primer escalón básico de atención primaria. Las actividades de los establecimientos urbanos y rurales de 1977 muestran un mejoramiento paulatino en la utilización de los recursos. Así, comparativamente años anteriores muestran un incremento en egresos hospitalarios de 5% y en consulta en el 6% con un promedio de los tres últimos años. Los sistemas administrativos en su conjunto han sido reforzados e implementados con participación de la OPS y la OMS. Los servicios de enfermería, servicios social y educación sanitaria están en proceso de mejoramiento en su capacidad normativa y operacional.

En el período 1976-1978 se ha organizado e implementado la Oficina de Recursos Humanos, con funciones de actividades propias a su naturaleza. Se han desarrollado bajo la coordinación y supervisión de esta unidad ocho cupos para técnicos de saneamiento ambiental, 21 para auxiliares de enfermería, tres para oficiales y contadores de unidades hospitalarias, habiéndose capacitado 857 personas. Además, se han desarrollado seminarios y talleres para personal de enfermería y para personal auxiliar que han permitido mejorar la prestación de los servicios. En el financiamiento de esos cursos y seminarios han participado especialmente el Fondo de las Naciones Unidas, la USAID, la OPS y la OMS. Se ha elaborado un proyecto de desarrollo y mejoramiento de la Escuela de Salud Pública con participación del BID, como parte del plan de desarrollo educacional formulado por el Ministerio de Educación. Por último, un plan informal que en fecha reciente se ha promulgado sobre el seguro social campesino, en el que, con la contribución directa de los trabajadores y del Estado, podremos ofrecerle servicios médicos y sociales de mejor calidad.

Report by the Delegation of Costa Rica  
Informe de la Delegación de Costa Rica

El Dr. CALVOSA (Costa Rica): El presente informe sobre las condiciones de la salud pública y del progreso realizado en este campo durante el cuatrienio 1974-1977 ha sido preparado de conformidad con lo dispuesto por la Resolución IV de la XX Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana

de la Salud para ser presentado a la consideración de la XX Conferencia Sanitaria Panamericana. El mismo presenta una revisión panorámica tanto de la situación de salud como del sistema de servicios incluyendo los recursos, organización, producción de servicios y costos. Los progresos alcanzados en Costa Rica en materia de salud durante ese período son satisfactorios y se encuentran incluidos con detalle en el respectivo informe que debidamente impreso haremos llegar a todos, para que se puedan apreciar nuestros logros y con la esperanza de que tengan alguna utilidad.

Deseo además aprovechar esta oportunidad para presentarle a todas las delegaciones de los países hermanos de Costa Rica un caluroso y fraternal saludo de parte de nuestro pueblo, nuestro Gobierno y a título personal como para expresar nuestra esperanza y seguridad de que esta Conferencia se vea colmada con los mejores éxitos para el mayor bienestar de todos los pueblos de América.

Sr. Presidente, quiero hacerle entrega de nuestro informe que en este momento, y de nuevo le repito a mis estimables compañeros, les haremos llegar personalmente a sus respectivos países.

Report by the Delegation of Grenada  
Informe de la Delegación de Grenada

Mr. ST. JOHN (Grenada): Mr. President, first of all, let me on behalf of the people of this beautiful country congratulate Dr. Héctor R. Acuña on being reelected as Director of PASB. I hope he will continue his good work, which will assist this Organization to function effectively.

We are pleased to report that in the last four years substantial progress has been made in the public health field, notably in the environmental sanitation programs, in the areas of safe water supply, sewage disposal, and solid waste disposal. With regard to safe water supply, about 30 per cent of homes in Grenada have pipe-borne water installed. Over 80 per cent of the population are provided with potable water, and a continuing expansion program is planned, in collaboration with the Canadian International Development Agency.

This country has adopted the World Health Organization international standards for drinking water, and we have a program for water quality as outlined in the Vlassoff report. Emergency procedures exist to test supplies whenever necessary. In the field of water supply, urgent steps have been taken to protect catchment areas from human habitation and contamination by chemicals used by the agricultural industries.

The second area, and a major one for concern, is that of sewage disposal. Particularly with regard to the development of the tourist industry, an engineering and economic feasibility study of the Grand Anse/Morne Rouge area has been conducted, and this project has been given top priority for funding by the Government. The present position is that 15 per cent of houses in Grenada have a

water closet, using the septic tank system, or the public sewer system in the capital city; 60 per cent of our homes have a sanitary pre-cast concrete unit; and 20 per cent either have a sanitary unit or use the public facilities. A target of 95 per cent of the houses will have an approved system by 1980. This is a realistic figure which has been set by the Pan American Health Organization, the World Health Organization and UNICEF, who have assisted us in our environmental sanitation programs, and we are working towards achieving that goal.

With regard to solid waste disposal, the collection and disposal of solid waste is carried out in all towns and has been progressively expanded to suburban areas during the period under review. In Grenada, there is no processing of refuse. The solid waste is used for sanitary landfill along the coast in selected areas. The benefits achieved by this method of disposal are the reduction of potential breeding-grounds for mosquitos and the reclamation of valuable land for buildings, playing fields and other purposes. A good example of this can be seen in the new road being surfaced between the Belmont and Tanteen area adjacent to the harbor.

Over the last few years our public health education campaign has stressed the necessity for proper refuse disposal in order to eliminate diseases affecting the population. This in some way compensates for the lack of sophisticated technology normally used in refuse disposal, by instilling in the population the need to maintain health standards individually and collectively. A comprehensive schedule of immunization is in operation, and is scheduled to be completed in January 1979. All age groups up to 65 years are inoculated as follows: children between 0-5 years were immunized against diphtheria, polio and tetanus; those from nine months and up to 10 years who had no previous attack of measles were also inoculated against the disease. Anti-tetanus and anti-typhoid vaccines were given for those of 6 years and up, and it is intended to give BCG in the next phase, commencing January 1979. It is estimated that the total number inoculated in phase 1 is 40,000 people.

In this connection, we are grateful to UNICEF and to certain voluntary agencies in Canada, the United States of America and locally for their kind assistance in the execution of this project. Teams from the United States of America and Canada, comprising doctors, nurses and other persons, along with students of the St. George's University Medical School, assisted in the injection phase for a total period of about three weeks. The major part of the program was carried out by local personnel.

We are now working in close cooperation with the Caribbean Epidemiology Center to improve the reporting of infectious diseases, and in this connection a new wing has been added to the existing laboratory building in a planned program to extend our laboratory services. This Government, being aware of the importance of nutrition in improving the general health of the population, has embarked on a self-help program known as "Industrialization, Employment: Operation Bootstring" whose aim is to improve the quality of life in the Nation by cultivating more food and creating more employment.

A National Nutrition Committee has been established in which the expertise of the Ministries of Agriculture, Education, Social Affairs and Health were integrated to teach the population about the value of local food. The Cabinet, on the recommendation of the Caribbean Food and Nutrition Institute at the recent meeting in Grenada, decided to reinforce and expand the activities and membership of this Committee, which will now be known as the National Nutrition Council.

Mr. President, it is with pride that I have to state that the incidence of communicable diseases in this State has been reduced considerably. Last year, our Government, with the help of the Venezuelan Government, trained a medical officer and two public health nurses in the control of venereal diseases, tuberculosis and leprosy. As a result of the work of these trained officers, there is an island-wide organized program for the diagnosis, new treatment and management of these diseases. A PAHO consultant paid periodic visits and assisted local officers, especially in the leprosy program.

At a recent count in July, Aedes aegypti infestation had dropped significantly from an index of 27 to 3.2 per cent. This indicates that the campaign operations have produced excellent results.

Malaria, which was eradicated in 1962, following the last case in 1959, has again made its appearance. We have maintained surveillance, but unfortunately two isolated cases were reported in the last four years. However, the spread of the disease was strictly controlled because of an efficient public health system. In an area at risk near a swamp, some cases occurred; consultants from CAREC, PAHO and WHO visited us immediately and a three-year national surveillance program has been prepared by the Ministry, in collaboration with PAHO and WHO through the malaria consultant, Dr. Beltrán. We are certain of positive and beneficial results, since plans are now in progress for the reclamation of this swamp, which serves as a breeding-ground for the Anopheles aquasalis, the vector for malaria in this country.

In an effort to upgrade the dental service, with emphasis on school-children, two students are at present receiving training in Trinidad as dental assistants, and are due to return in December. I am pleased to report that facilities for the fluoridation of water are installed at the Lane Treatment Plant at Annandale. This Ministry continues to maintain and update its health care facilities at the medical visiting stations, health centers and subsidiary hospitals and has planned a comprehensive training program for the personnel attached to these stations. At the general hospital, extensive improvements are being conducted. A new building to house an eye clinic, including a ward for in-patients, is under construction. This building is a gift from Barclays Bank. A wing has been added to provide greater facilities for maternity patients, and the X-ray department is being enlarged and modernized.

This Government realizes that the significant improvement in the health of our citizens is greatly assisted through the technical assistance and financial contributions we receive from PAHO/WHO, other international organizations, and Governments. We wish to thank them sincerely and look forward to their continuous support.



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

El Dr. CANALES (Nicaragua): Aprovecho la ocasión para dirigir a ustedes un cordial y atento saludo a nombre de mi Delegación y de mi Gobierno, y desear que el producto de esta Conferencia sirva de beneficio para el mejoramiento de la salud de nuestros pueblos; asimismo, quiero consignar nuestra felicitación al Dr. Héctor R. Acuña por su merecida reelección y por el brillante informe que ha presentado a esta Conferencia.

El Gobierno de Nicaragua, como Miembro activo de esta Organización y cumplidor de sus obligaciones, presenta este informe del estado actual de salud y las actividades desarrolladas durante el cuatrienio correspondiente al período 1974-1977. Será distribuido a las distinguidas Delegaciones un documento en donde más detalladamente se describen las diferentes actividades desarrolladas en el período.

Se destaca dentro del contexto del documento la política plasmada dentro del Plan de Salud coherente con el Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social del Gobierno. Se destaca también como estrategia la coordinación del Ministerio de Salud Pública con las otras instituciones de salud, el programa de mejoramiento y extensión de cobertura especialmente a nivel primario con participación de la comunidad y el Plan Nacional Saneamiento Básico Rural (PLANSAR), programa que también está concebido dentro de la estrategia de atención primaria de salud. Estos programas principales están enmarcados dentro de la política y estrategias de transformación, reformas y cambios sociales--como decimos sociales para hacer conciencia social--especialmente dirigidos hacia la periferia social y al nivel primario.

Para efectuar estos programas hubo la necesidad de que las instituciones del sector salud se juntaran y formaran el Consejo Nacional de Salud. Esta entidad desarrolla su influencia sobre todos los servicios básicos de salud y opera por el sistema de referencia que usa la metodología que se aplica adecuada, armoniosa e inteligentemente.

El programa de mejoramiento y extensión de cobertura, especialmente a nivel primario, está construyendo 167 puestos rurales de salud. Comenzando en el Departamento de León y Chinandega con cuatro unidades integradas y dos hospitales, uno en Matagalpa y otro en Rivas de 250 camas cada uno, este programa se desarrolla con la asesoría técnica de la OPS y préstamos del BID, y con contrapartidas del Gobierno Constitucional de la República.

El Plan Básico de Saneamiento Rural (PLANSAR) está dirigido como lo mencioné anteriormente a unas 1,000 pequeñas comunidades con poblaciones del rango de 350 a 500 habitantes, con el objeto de dotarlas de agua potable mediante acueductos elementales, pozos horizontales, verticales y molinos de viento. También se les está dotando de letrinas sanitarias, se ha mejorado el sistema de disposición de basuras y aguas de lavado y además se cuenta con el respaldo del componente de acción comunitaria por medio de escuelas radiofónicas y del

método de planificación popular, que es la manera sencilla y práctica de encauzar a los comunitarios a reflexionar sobre sus problemas y a decidir las acciones que hay que tomar con recursos locales propios para solucionar sus problemas. En estas actividades juegan un papel preponderante dos personajes: uno el promotor y otro el colaborador en salud rural (CRS), los que además dan atención en salud, promueven los programas de vacunación contra las enfermedades prevenibles por vacuna y se ha dado cursos a 800 parteras empíricas especialmente rurales.

Las áreas en donde se está trabajando son Estelí, Matagalpa y Jinotega, las cuales están fortalecidas con donaciones y préstamos de la USAID, con contrapartida del Gobierno Nacional legítimamente constituido y las áreas de los Departamentos de Nueva Segovia, Madriz, Boaco, Chontales y Rivas, los que están respaldados con financiamientos del BIRF, con las debidas contrapartidas de responsabilidad que corre del Gobierno Nacional, que fue elegido hasta mayo de 1981.

Los programas Rigoberto Cabezas y el de Desarrollo de la Infancia, con énfasis en la juventud (PRODESAR), está funcionando con la misma filosofía, uno en coordinación con el Instituto Agrario Nicaraguense en la Costa Atlántica y el otro con los Ministerios de Educación y Salud, con apoyo de UNICEF en los Departamentos de Masaya, Granada y Carazo.

Vale la pena hacer mención de que estos programas se complementan con un ambicioso programa gubernamental que es el del Instituto de Bienestar Campesino (INBIERNO) que atiende el mejoramiento económico y social de minifundistas en esas mismas comunidades y también con el apoyo de AID.

Para reforzar estos programas que trabajan desde 1976 y apoyar a los tradicionales se fundó el Instituto Nicaraguense de Recursos Humanos en Salud (INRHUS), que ya está en pleno funcionamiento.

En 1972-1976 se creó el Comité Técnico de Alimentación y Nutrición, el que ya ha dictado la Política Nacional de Alimentación y Nutrición, enmarcada dentro de la problemática nacional consolidando los esfuerzos de los diferentes sectores relacionados con la producción, almacenamiento, mercadeo, consumo y utilización biológica de los alimentos.

La población nacional al 30 de junio de 1977 alcanzó a 2,324,927 personas, reflejando un crecimiento de 3.6% en términos anuales. Su distribución se caracterizó por concentrar el 51.9% en el área urbana y 48.1 en el área rural, registrando aumentos de 4.9% la primera y 2.3 en la rural. Los cálculos anteriores se sustentaron en parte en los resultados de la Encuesta Demográfica Nacional, que permitió adicionar a la metodología tradicional la cuantificación de las corrientes migratorias hacia las áreas urbanas. Las diferentes magnitudes observadas en las tasas de crecimiento poblacional por área encuentran explicación en el efecto migratorio rural-urbano y en la mayor incidencia de mortalidad, sobre todo infantil, que se registra en las áreas rurales.

La distribución por zonas geográficas evidencia un diferenciado incremento de la población urbana, siendo las ciudades de la zona del Pacífico las de mayor crecimiento, 5.3%, y en especial Managua, con una tasa de 6.9%, frente a las regiones Central-Norte y Atlántico que mostraron un 3.2 y 2.8%, respectivamente.

La situación de salud de Nicaragua es la siguiente: la mortalidad general ha sido estimada por CELADE en 16 por 1,000 en 1970 y de 13.4 por 1,000 en 1977. Sin embargo, nuestro registro es de 8.2.

La mortalidad infantil estimada (menores de un año) se ha mantenido en 120 por 1,000 nacidos vivos (siendo nuestra tasa de 53.2 por 1,000 nacidos vivos). La expectativa de vida en hombres se ha incrementado de 48.8 años en 1970 a 54.0 en 1977; para el sexo femenino en el mismo período varió de 51.6 a 57.

La tasa de natalidad estimada varió de 46.8 por 1,000 en 1975 a 48.0 en 1977. El 56% de niños de 1-5 años padece de alguna forma de desnutrición.

Un alto porcentaje de la población urbana dispone de agua potable, con 76.9% de conexiones domiciliarias; hubo extensión y mejoramiento de 10 acueductos en 10 ciudades principales y se construyeron 75 acueductos nuevos. En cambio, en la zona rural solo un 43.3 dispone de algún servicio de agua. En la disposición de excretas solamente un 35% de la población urbana posee alcantarillado sanitario, y aproximadamente el 60% está cubierto por letrinas sanitarias.

Hay deficiencia en la recolección y disposición de desechos sólidos; igualmente podemos decir sobre la contaminación de cuerpos receptores de agua, los que reciben directamente a veces aguas negras, residuos industriales, fertilizantes, insecticidas de uso agrícola y otros.

Las enfermedades más comunes son las entéricas y parasitarias, dependiendo estas especialmente de un deficiente saneamiento ambiental en el cual estamos trabajando, lo mismo que en la baja calidad de agua. Otras enfermedades prevalentes son las prevenibles por vacuna, enfermedades respiratorias, desnutrición, tuberculosis y malaria.

De acuerdo con los problemas, los actuales programas tienden a disminuir la morbi-mortalidad por las causas mencionadas. Se ha propiciado el mejoramiento y extensión de la cobertura de los servicios de salud tanto de medicina preventiva como curativa. Igualmente haciendo énfasis en nivel primario de atención de salud, sistema de referencia y lograr la participación activa, constante y sostenida de la comunidad, se ha mejorado la capacidad institucional y la formación de personal.

Es de mencionar asimismo el proceso constante para mejorar la salud de la población por medio de la educación en salud y la promoción comunitaria como factores fundamentales para la implementación de los diferentes programas.

Los diferentes componentes del sistema de salud de Nicaragua son los siguientes: Ministerio de Salud Pública, la Junta Nacional de Asistencia y Previsión Social, Juntas Locales de Asistencia Social, el Instituto Nicaraguense de Seguridad Social, el Departamento Médico de la Guardia Nacional por parte del sector público y además otros componentes del sector privado y de grupos religiosos.

Actualmente se cuenta con una infraestructura compuesta por 140 centros de salud, 40 hospitales, 8 policlínicas, 17 unidades de asistencia rural, 156 puestos de salud rural, 102 clínicas de planificación familiar, 16 servicios de educación y recuperación nutricional, 15 centros de nutrición comunal, 15 dispensarios periféricos en la ciudad de Managua de la JNAPS; la capacidad instalada será reformada en estos próximos tres años, a partir de 1979 mediante programas de mejoramiento de los servicios rurales de salud por la construcción de 167 puestos de salud, en el cual estamos trabajando. Además, en Managua se tiene un plan de salud de referencia basado en los conceptos de niveles de atención, referencia y regionalización; además se ha construido el Hospital Regional de Chontales de 200 camas, el Hospital de El Rama con 50 camas, el Hospital del Seguro Social "14 de Julio" con 250 camas y el Hospital-Escuela de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua con 380 camas.

La malaria, aunque ha sido una enfermedad de alta incidencia debido a la resistencia del vector a los insecticidas, actualmente ha bajado--ha bajado al cambiar de estrategia, al agregar a la metodología tradicional una nueva tecnología como es la de saneamiento ambiental por zanjeo, desecación de charcas, desmonte, etc. Estamos trabajando en la erradicación del Aedes aegypti. Aunque nosotros no tenemos actualmente dengue, nuestra vecina Honduras ha tenido gran cantidad, por lo cual se está acelerando la erradicación del Aedes aegypti.

En la tuberculosis, enfermedad que ha tenido alta morbilidad, asimismo se están utilizando nuevas estrategias, reforzándose el programa por medio de vacunación con BCG indiscriminadamente; además el programa que antes tenía eficacia se ha integrado a los servicios generales y regulares de salud. Se administra el tratamiento ambulatorio y hospitalizando casos muy especiales.

Por medio del Instituto Nicaraguense de Seguridad Social se atiende a los trabajadores dándoles diversas prestaciones sociales tales como: enfermedad, invalidez, viudez, vejez y muerte y accidentes de trabajo. Actualmente tiene una cobertura de 200,000 personas y ya se tienen los estudios para el progreso del seguro al campo.

Estamos convencidos de que para un mejor rendimiento de nuestros recursos debemos reorientar nuestra política y estrategia, redefinir algunos programas, reajustar nuestras metas y adecuarlas al tiempo, situaciones y circunstancias actuales muy especiales, dando énfasis a la prevención mediante acciones de promoción y protección de la salud, especialmente a nivel primario con participación de la comunidad.

Señor Presidente, Señores Delegados, por haber sido aludida con el derecho que le asiste al Gobierno de Nicaragua como Miembro activo de esta Organización, cumplidos de sus obligaciones, me veo en el ineludible deber como Jefe de la Delegación de ese Gobierno electo popularmente hasta mayo de 1981, el cual está legítimamente constituido, hacer público, sin ánimo de polemizar, pero sí para que conste en actas nuestro rechazo y protesta por los ataques politiqueros, difamatorios e intervencionistas hechos el día martes 26 de septiembre por el Jefe de la Delegación de Cuba, abusando de la concentrada atención que prestaban los distinguidos delegados, en donde debía informar únicamente la situación de salud de su país, entiendo que hay foros internacionales y regionales especializados en donde ya se han debatido esos mismos ataques. Que conste pues, mi rechazo y mi protesta.

The PRESIDENT: We will now adjourn. We have a meeting of the General Committee immediately following this one.

The session rose at 12:20 p.m.  
Se levanta la sesión a las 12:20 p.m.



# XX CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA

## XXX REUNION DEL COMITE REGIONAL

ST. GEORGE'S, GRENADA

SEPTIEMBRE - OCTUBRE 1978

Thursday, 28 September 1978, at 3:00 p.m.  
Jueves, 28 de septiembre de 1978, a las 3:00 p.m.

CSP20/MP/9

28 September 1978

ORIGINAL: ENGLISH-FRENCH-  
PORTUGUESE-SPANISH

PROVISIONAL VERBATIM RECORD OF THE NINTH PLENARY SESSION  
ACTA PROVISIONAL TAQUIGRAFICA DE LA NOVENA SESION PLENARIA

President: Dr. Paulo de Almeida Machado Brazil  
Presidente:  
  
Later: Mr. Herbert J. Preudhomme Grenada  
Más tarde:

Contents  
Indice

Item 12: Reports of the Member Governments of the Organization on Public Health Conditions and Progress Achieved During the Period between the XIX and XX Pan American Sanitary Conferences (conclusión)  
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 XIX y la XX Conferencia Sanitaria Panamericana (conclusión)

(continued overleaf)  
(continúa al dorso)

Note: This verbatim record is provisional. Delegates are therefore requested to notify Document Services (Room A-I) of any changes they wish to have made in the text. The texts of the verbatim records will be published in the Proceedings of the Meeting.

Nota: Esta acta taquigráfica es provisional. Se ruega a los señores Delegados tengan a bien comunicar al Servicio de Documentos (Hab. A-I) las modificaciones que deseen ver introducidas en el texto. Los textos de las actas taquigráficas se publicarán en las Actas de la Reunión.

Contents (cont.)  
Indice (cont.)

Third Report of the General Committee  
Tercer Informe de la Comisión General

Item 13: Financial Report of the Director and Report of the External Auditor  
for 1977

Tema 13: Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo  
correspondientes a 1977

- ITEM 12: REPORTS OF THE MEMBER GOVERNMENTS OF THE ORGANIZATION ON PUBLIC HEALTH CONDITIONS AND PROGRESS ACHIEVED DURING THE PERIOD BETWEEN THE XIX AND XX 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 XIX Y LA XX CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA (conclusión)

O PRESIDENTE: Declaro aberta a 9ª Sessão Plenária e damos início ao trabalho da tarde, continuando o item 12. Eu tenho a satisfação de dar a palavra ao nobre Representante da Guiana.

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

Dr. JONES (Guyana): I must first, on behalf of the Government and people of Guyana, congratulate Dr. Héctor R. Acuña on his reelection as Director of the Pan American Sanitary Bureau and to the countries elected to the Executive Committee.

Guyana is committed to providing health care to all its citizens, whether they live in the coastal area inhabited by 93 per cent of the population and having population densities in some places as high as 600 per square mile, or in the interior, occupying 68 per cent of the total land area and having population densities of under one per square mile. To achieve this goal, Guyana, with the assistance of PAHO, is about to embark on the development of a health care delivery system financed by a loan from IDB, with the broad objects of improving coverage of health care; reorganizing the health care delivery system on the basis of a regionalized system; and facilitating the accomplishment of the objectives through programs of development of management and information systems; and development of personnel and technical cooperation.

When the program is completed, there will be a network of services varying from the small health posts in the small localities, to the regional hospitals with specialized medical services in the main towns. To fulfill this mission, suitable staff must be trained. The project includes technical assistance to provide training where current training arrangements are weak or non-existent, or to develop the management and information systems of the Ministry of Health.

Guyana has long recognized the value of the use of auxiliary health workers to extend health care to the interior underpopulated areas. Within the period under review, positive steps have been taken to train new categories of workers: "Medex" to fill the need for middle level health personnel; dental nurses trained to protect and preserve the teeth by filling decayed teeth, cleaning teeth, and giving dental education to the community; physiotherapy



aides, extending the rehabilitation services to the periphery; animal health assistants trained by a regional program established with the assistance of PAHO to strengthen the programs of the Ministries of Agriculture and Health; X-ray technicians trained to carry out certain routine X-ray examinations.

To ensure effective coverage of primary health care, community health workers will shortly be trained in the districts in which they will serve. An epidemiological surveillance unit was established in 1974. Guyana is indebted to the Caribbean Epidemiology Center for training public health nurses and a public health inspector, as well as for its assistance in monitoring hepatitis--one of the diseases the unit has under special surveillance.

A medical statistical unit was recently established and is already providing the background data which is essential for the planning of improved programs for health care delivery. In 1977 the unit concentrated on the improvement of the records system of the hospitals and dispensaries. A study of the utilization of the health centers is also being carried out in order to determine their efficiency in providing health services and in identifying unfulfilled needs.

As regards communicable disease control, Guyana encountered a momentary setback in its malaria program. By early 1970 malaria was virtually eradicated from the country. In 1975, however, there was a resurgence of the disease in the hinterland and in 1976 over 4,000 cases were reported. Vigorous attack measures were applied and in 1977 and at mid-year 1978, the incidence of malaria, when compare with the same period in 1976, had been reduced by 70 per cent and 87 per cent, respectively, but transmission had not been interrupted. It is hoped that by obtaining increased knowledge about the vector and vigorously attacking the parasite, transmission will be interrupted again. To achieve this, staff training has been intensified. Recently, two members of the staff have been trained in entomological techniques. The Caribbean Epidemiology Center gives us useful assistance in the study and identification of possible vectors.

In late 1977, Guyana, like several of the neighboring countries, had an outbreak of dengue. Increased surveillance and intensification of control activities against Aedes aegypti have been adopted. Guyana believes that eradication of Aedes aegypti must continue to be its goal, and is gradually equipping itself to achieve it. A more integrated approach is being adopted. A seminar for public health inspectors and the staff of the Mosquito Control Service was held in mid-1978.

Countrywide programs exist for leprosy and tuberculosis control. As regards leprosy, with the assistance of the American Leprosy Mission, Guyana will shortly launch a program which will aim at identifying the full extent of the disease and at fully integrating the control activities into the general health services.

The introduction of oral rehydration therapy in the treatment of diarrheal diseases will contribute considerably to the reduction of mortality in the rural and even urban areas.

In 1974, Guyana introduced legislation to ensure the more effective immunization of schoolchildren against smallpox, diphtheria, tetanus, tuberculosis, and poliomyelitis. By intensifying immunization in the Maternal and Child Health Program, it is hoped to achieve a level of 65 per cent among the four-year-old children and a much higher level among the primary and secondary schoolchildren.

Guyana recognizes that advances in the nutrition program, maternal and child care, and environmental control, cannot be achieved without community participation. This requires the full use of the small, but energetic Health Education Unit. This unit collaborated with the Ministry of Education in preparing a health education curriculum for primary schools, along with a resource book on health education for teachers. The unit is also in the forefront of an effort aimed at encouraging communities to become self-sufficient in terms of planning for, and initiating their own community programs. Nutrition education has been stimulated by a cartoon character, "Peasy Charley," who gives nutritional messages in the daily newspaper. To highlight the importance of immunization, a comic book "Vacci: The Very Good Germ" has been published for distribution in schools and health facilities. UNICEF has recently provided a grant to cover the cost of printing additional copies of this book.

Food and drug regulations were introduced recently. They aim at ensuring a satisfactory standard of food and that the drugs used in Guyana are of internationally-recognized quality. A National Drug Policy was introduced in 1977 to rationalize the importation and distribution of drugs and medical supplies. The primary objective of the policy is to expand the local pharmaceutical industry, to stabilize consumer prices, to maintain high quality and standardization of drugs and to save foreign exchange. A National Formulary containing 1,500 items in generic names has been published.

Water supply and sewage disposal has also been engaging our attention. A technical and economic feasibility survey of potable water supply, sewage disposal and storm drainage has been carried out but awaits implementation. The Guyana Water Authority has been extending water supplies into rural areas. In the past four years, 45 pump stations have been established, 52 pumps have been installed, and 73 wells have been drilled.

Guyana is aware of the need to develop a planned approach to health care and, by this means, hopes to achieve its goal of extending health care to all its people. In this respect, we are most grateful for the assistance received from PAHO in the past years and look forward to continued cooperation in the future.

O PRESIDENTE: A Presidência agradece a comunicação do nobre Representante da Guyana e passa a palavra ao Senhor Delegado do Uruguai.

Report of the Delegation of Uruguay  
Informe de la Delegación del Uruguay

El Dr. AGUIAR (Uruguay): El Gobierno del Uruguay, a través del Ministerio de Salud Pública el cual nos honramos en representar, hace llegar por nuestro intermedio los mejores votos para el éxito de esta XX Conferencia Sanitaria Panamericana. Hacemos también llegar las felicitaciones al Dr. Acuña por su reelección por un nuevo período como Director de la OPS.

Entrando a lo que concierne al informe de la situación y progresos alcanzados en el campo de la salud en los últimos cuatro años en nuestro país, cabe expresar en primer término que los índices sanitarios globales, en sus distintos aspectos, marcan una tónica de mejoría creciente, aunque existen algunos moderadamente estancados, hacia los cuales se dirigen los mayores esfuerzos en su mejoría.

Existe en el momento actual un Plan Nacional de Salud que desarrolla el Ministerio de Salud Pública con el total apoyo del Gobierno del país. Dentro de ese Plan, que ha comenzado a ejecutarse en los dos últimos años, aparece la consolidación definitiva del Ministerio de Salud Pública como organismo rector normativo y de control de todas las acciones de salud del país. Dentro de esa planificación ha recibido un énfasis especial la reestructuración técnica administrativa de este organismo. Ello ha llevado implícito una reforma que se está poniendo en práctica en el momento actual con adecuación a las directivas técnicas y administrativas actuales.

Dentro de los sistemas de servicios de salud corresponde que aclaremos la existencia en el Uruguay de subsectores públicos y privados que en este momento están siendo coordinados en forma integral. El Uruguay cuenta con 16,303 camas de hospitales, con un índice de cama por habitante de 5.9 por cada 1,000 habitantes. De esas 16,000 camas, 13,000 corresponden al Ministerio de Salud Pública, con un 52% para prestación de acciones de enfermos agudos y un 48% de pacientes crónicos, incluyendo geriatrias mental y tuberculosis. Sin embargo, la irregular distribución de las camas entre el sector público y el subsector privado y a su vez dentro del público en el interior y capital hace que las camas en el Ministerio de Salud Pública en el nivel de capital sea aun insuficientes. Este último es uno de los problemas a resolver, hacia el cual apunta la nueva política de salud. Cabe señalar además que el 82% de esas camas en poder del Ministerio de Salud Pública están dedicadas a la atención de pacientes de recursos limitados.

La segunda importante directriz que se ha seguido es la reestructuración legislativa, administrativa y económica de las instituciones privadas de asistencia médica colectiva. Estas instituciones, que cubren la atención médica de un tercio de la población del Uruguay, se encuentran todavía enfrentadas a un relativo desequilibrio económico y ofrecen una asistencia básica incompleta. La reestructuración que se está llevando a cabo tiene como fin, entre otros, la reorganización de este subsector.

La política que ha dirigido el Ministerio relativa al establecimiento de centros de alto riesgo se ha ido consolidando en estos últimos años, hasta encontrarse en este momento el país a punto de poner en ejercicio los centros de cirugía cardíaca, centro nacional de quemados, centro de trasplantes de órganos y banco de órganos y tejidos, y centro de drogas de alto costo y riesgo, entre otros, regulados a través del Ministerio de Salud Pública.

En materia de los programas centrales de las acciones de salud, corresponden que mencionemos el énfasis que han tenido los programas de salud materno-infantil y de salud mental.

La cobertura de servicios de salud se ha hecho a su vez con programas ejecutados con inversiones de la OPS. A este respecto señalamos que en los años 1975, 1976, 1977 y 1978 han tenido particular importancia los programas de saneamiento del medio, a los que se les asignaron \$35,000 en el año 1975; servicios de salud, \$80,000; atención médica, casi \$100,000, y salud materno-infantil, \$21,000. En el año 1978 las cifras para salud materno-infantil alcanzan a \$5,000; para salud mental, \$5,300; saneamiento del medio, \$9,000, y planificación de programas y actividades generales, \$70,000.

El otro problema que está siendo abordado en el Uruguay en estos últimos cuatro años es el de la restauración, reconstrucción, adecuación y construcción de capacidad instalada. La capacidad instalada del Ministerio de Salud Pública es una capacidad vieja que debe de ser permanentemente reconstruida y a tales efectos se están desarrollando programas de atención permanente para llevar a cabo este mantenimiento. A título de ejemplo digamos que en el año 1975 se reconstruyeron o construyeron 8,600 m<sup>2</sup>; otro tanto se hizo en 1976; 6,200 m<sup>2</sup> en el 1977 y, en lo que va del 1978 de enero a julio, 3,050 m<sup>2</sup> de capacidad instalada.

Otra preocupación importante en este momento es la atención primaria. La atención primaria se dirige fundamentalmente al sector rural. Esta se ha hecho en base a policlínicas rurales y a la regionalización de la atención médica. En este momento se han graduado los primeros 20 médicos rurales, capacitados a través de un curso de perfeccionamiento para su radicación en áreas rurales. Este es un programa conjunto entre el Ministerio de Salud Pública y la Facultad de Medicina de la Universidad de la República. El montaje de policlínicas, el mantenimiento de casa-habitación y el otorgamiento de sueldos decorosos para estos médicos, así como una preparación acorde con las necesidades del medio, permiten la realización de las lógicas aspiraciones de muchos médicos jóvenes, abriendo con ello las puertas a un mayor campo de trabajo médico, especialmente en el interior del país.

La atención médica a todos los niveles está totalmente institucionalizada, es decir, es realizada exclusivamente por niveles técnicos. Dentro del programa de atención primaria, a las acciones a nivel rural siguen los Centros Auxiliares, luego los Centros Departamentales, los Centros Regionales y finalmente, los establecimientos de la capital.

Ha tenido particular atención el desarrollo de los recursos humanos, dado que el Gobierno de la República ha establecido como pauta la racionalización en calidad y cantidad de los recursos humanos, tanto médicos como paramédicos, y en este momento se está realizando la adecuación de la totalidad de esos recursos a las necesidades de los distintos ambientes. La racionalización y adecuación de las tecnologías a las necesidades de realidad económica del país constituye en este momento una de las actividades que preocupan fundamentalmente al Ministerio.

En resumen, el Uruguay se encuentra en este momento en camino de llevar a cabo una serie de programas que se han venido consolidando en plazo de estos últimos cuatro años, de los cuales es menestar señalar el total apoyo que se recibe en este momento de parte del Gobierno. Cabe señalar también la prioridad que se otorga a estos programas al nivel del Ministerio, a los efectos de que las distintas políticas puedan satisfacer las necesidades de salud de la población.

O PRESIDENTE: Agradecemos ao Delegado do Uruguai, e passamos a palavra ao Senhor Representante do Perú.

Report of the Delegation of Peru  
Informe de la Delegación del Perú

El Sr. ELMORE (PERU): Muchas gracias señor Presidente. El Gobierno del Perú aprovecha la oportunidad en que va a presentar su informe sobre las realizaciones en salud pública en el cuatrienio 1974-1978 para felicitar al Dr. Héctor R. Acuña por su reelección como Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y le expresa su deseo de que lo acompañe el mayor de los éxitos en su gestión.

El desarrollo de las actividades de salud acompaña a la realización de la política del Gobierno del Perú en los campos político, social y económico. La reforma agraria, financiera, de la propiedad social, propiedad privada y de la educación han ejercido una profunda influencia en el desarrollo del país y, en consecuencia, en el sector de la salud pública.

Una dificultad innegable que ha tenido que enfrentarse en el cuatrienio es la situación financiera y los problemas económicos, generados principalmente por la crisis económica internacional. Dentro de este contexto es que debe interpretarse el esfuerzo del país para atender a las necesidades de su desarrollo.

El Perú ha estructurado su Plan Nacional de Desarrollo, el que comprende la formulación de un Plan Global, un Plan Económico-Financiero, Planes Operativos Sectoriales y Programas de Desarrollo Regional.

En lo que respecta al sector salud, el Consejo de Ministros, en mayo de 1976, aprobó los lineamientos generales de política de salud. Dentro de ellos, la enumeración de la política sectorial indica su compatibilización con los objetivos del Plan Decenal de Salud para las Américas y con el Sexto Plan General de Trabajo de la OMS. La Declaración Conjunta, suscrita entre el Ministro de Salud del Perú y el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana el 7 de abril de 1976, ratifica la intención mancomunada de cooperación y las coincidencias de políticas e identificación de prioridades entre las que se destacan, como base fundamental, la de fortalecer y extender los servicios de salud, particularmente para las poblaciones rurales y menos favorecidas del país. La Ley Orgánica del sector describe la estructura del sector público en salud como conformada por el Ministerio de Salud y otros organismos como son: el Fondo de Salud y Bienestar Social, los Institutos Nacionales de Salud, la Junta de Asistencia Nacional, el Instituto de Neonatología y Protección Maternoinfantil, la Sociedad Pública de Beneficencia y la Sociedad Peruana de la Cruz Roja. Existen además otras instituciones públicas y privadas, entre las que cabe señalar, de modo especial, la Gerencia de Prestaciones de Salud del Seguro Social.

El sector salud, con la cooperación externa de la OPS/OMS, UNICEF y el PNUD, ha realizado una programación de desarrollo integral en las regiones Nor-Occidental, Oriental, Sur-Oriental y Sur-Altiplánica, mientras que en las otras regiones de salud se avanza en el desarrollo y actividades con participación comunitaria.

La población del Perú se estima a mediados de 1978 en 17,000,000 de habitantes. La tasa de mortalidad se calculó a la mitad del cuatrienio como de 12.9 por 1,000 habitantes. La mortalidad infantil fue calculada en 115 defunciones por 1,000 nacidos vivos.

En 1977 no se presentaron casos de viruela. La tuberculosis muestra una incidencia promedio de 200 casos por 100,000 habitantes. Entre febrero y julio de 1977 hubo un brote de fiebre amarilla selvática entre cosechadores de café no vacunados. El primer nivel sintomático del sistema de vigilancia epidemiológica se está aplicando en la región de Puno con resultados satisfactorios.

El Programa de Salud y Población empezó sus actividades a principios de 1977. En el segundo semestre ya contaba con una estructura mínima para realizar las actividades de dirección y coordinación y elaborar las normas que orientarán su desarrollo.

Entre el 15 y el 18 de marzo de 1977 se realizó en Lima el XXII período de sesiones ordinarias de la Comisión del Acuerdo de Cartagena, donde se resolvió otorgar alta prioridad a los proyectos andinos de desarrollo tecnológico de los alimentos.

Continuaron en todo el país las actividades del control de la rabia. El programa piloto de control de la hidatidosis continuó sus actividades educativas, sus exámenes parasitológicos, tratamiento de cánidos y diagnóstico de la enfermedad en el hombre. El programa de control de la fiebre aftosa adquirió especial significado dentro del programa continental por la feliz circunstancia epidemiológica de que se considerara factible en el país el llegar a eliminar la enfermedad en un mediano plazo. Las actividades que se están cumpliendo en el Ministerio de Agricultura, con el apoyo financiero del BID y la cooperación técnica de la OPS, contribuyen a este propósito. La producción de vacuna trivalente alcanzó al 31 de octubre de 1977 la cantidad de 3,442,960 dosis.

En el área programática de salud ambiental se contemplan los programas de saneamiento ambiental en general, los de agua potable y alcantarillado y los de riesgos y control ambiental.

A fines de 1977 la población urbana del Perú era de 9,269,000 personas, de las cuales 6,650,000 tenían conexiones domiciliarias y fácil acceso al agua, representando esto una cobertura del 72% de la población. La población rural se estima en 7,118,000 personas y la cobertura es del 10%. El Plan Nacional de Agua Potable Rural ha entrado, en el cuatrienio, en su Tercera Fase. A principios de 1978 se creó una Comisión Intersectorial para recomendar al Supremo Gobierno líneas de acción para resolver el problema de recolección y disposición de residuos sólidos de Lima Metropolitana.

En 1978 se ha aprobado un préstamo de EUA\$10 millones por el Banco Mundial para que la Empresa de Saneamiento de Lima, a través de una Comisión Especial, efectúe los estudios del trasvase de las aguas de la cuenca del Río Mantaro a la cuenca del Río Rimac, importantísimo programa

de propósito múltiple que aseguraría los caudales de agua necesarios para la expansión de servicios de diferente índole, como agua potable, energía eléctrica, riego y otros.

El Gobierno del Perú, a fines de 1977, y a través de su Ministerio de Salud Pública, hizo formal entrega del terreno, edificios, instalaciones y servicios del Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS) a la OPS, representada en la persona del Director de la OSP. Perú proporciona anualmente su contribución para absorber los costos administrativos y locales a fin de que este importantísimo centro de ingeniería ambiental realice a cabalidad sus funciones.

Desde principios del presente año, la sede de la Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria y Ambiental (AIDIS) se encuentra en Lima, por haber sido elegido como su presidente un profesional peruano en el XVI Congreso de AIDIS celebrado en Santo Domingo en febrero de 1978. Esta asociación profesional juega un rol clave en sistema interamericano en lo que respecta al establecimiento de políticas y prácticas de ingeniería ambiental en el continente. Existe la más estrecha colaboración entre AIDIS y la OPS/OMS, la que a través de la Oficina de Area IV y del CEPIS le conceden el valioso concurso de su colaboración en su propia sede. El Gobierno del Perú y las instituciones públicas y privadas, entre ellas el Colegio de Ingenieros del Perú y la Asociación Peruana de Ingeniería Sanitaria, le brindan también su más firme apoyo.

El Perú aceptó ser la sede de la Secretaría Ejecutiva del Convenio Hipólito Unanue, que opera en el sector salud dentro del marco de referencia del Acuerdo de Cartagena. La Secretaría Ejecutiva se instaló en Lima en enero de 1977. Las políticas y programas de salud dentro del contexto sub-regional andino se podrán desarrollar así para atender intereses comunes en cada uno de los países integrantes.

Señor Presidente, el Convenio Hipólito Unanue es un brillante ejemplo de lo que puede realizarse dentro del concepto de cooperación técnica entre países en desarrollo.

O PRESIDENTE: Com esta exposiçãõ está esgotada a lista de delegados inscritos para expor a situaçãõ no seu país dentro do Ponto 12. Inscreveremos novamente a República Dominicana.

Report of the Delegation of Dominican Republic  
Informe de la Delegación de la República Dominicana

La Dra. LEROUX DE RAMIREZ (República Dominicana): Señor Presidente. Señor Director de la OSP, señores Ministros, señores Delegados. De acuerdo a lo recomendado por la Resolución XII, aprobada por la XII Reunión del



Consejo Directivo de la OPS, y para resumir la presentación sobre las condiciones y progresos alcanzados en materia de salud durante los últimos cuatro años, nos permitimos destacar los aspectos más sobresalientes introducidos en la organización y administración de los servicios de salud, así como las características de salud de la población y los factores más importantes que las condiciones determinan.

La República Dominicana ocupa los dos tercios orientales de la Isla de Santo Domingo o Hispaniola. Tiene una extensión territorial de 48,442 Km<sup>2</sup> y una población estimada para julio de 1978 de 5,124,394 habitantes, de la cual los menores de 15 años representan un 47.5%. El 51.5 de la población reside en el área rural.

Nuestra política de salud tiene como propósito fundamentar la descentralización de sus programas y actividades, de tal manera que nos permita lograr que aún en las comunidades más apartadas del país dispongan de servicios y recursos para la atención de sus necesidades en sus aspectos más prioritarios y que tengan los medicamentos y mecanismos de referencia necesarios hacia centros hospitalarios de mayor complejidad para su atención especializada.

De acuerdo a esta premisa, y para reorganizar el sistema nacional de salud, el Gobierno viene desarrollando, desde 1973, un proceso de regionalización de los servicios de salud. El país ha sido dividido en seis regiones sanitarias, integradas por áreas de salud que coinciden con su división geográfica por provincias, a las cuales está dotando de los recursos materiales humanos necesarios para su funcionamiento. Se contará así con comunidades autosuficientes en lo que concierne a la salud y con una complejidad decreciente del centro a la periferia.

Para extender la cobertura y complementar la atención a la población rural, suministrada por los servicios institucionales de salud durante el período sobre el que estamos informando, el país está implementando un programa de servicios básicos de salud utilizando "promotoras" pertenecientes a la propia comunidad, para la atención primaria de poblaciones menores de 2,000 habitantes. Este programa dispondrá de 4,000 promotoras de salud y 400 auxiliares de enfermería las que, debidamente adiestradas y supervisadas, cubrirán la población poco accesible a los servicios tradicionales de salud y permitirá a nuestra población rural el acceso organizado al sistema de servicios.

En los últimos dos años hemos venido implementando un programa de desarrollo institucional en todos los niveles administrativos, lo cual nos permitirá organizar y racionalizar los recursos para adecuarlos a las necesidades del proceso de reorganización, y a las nuevas estrategias que se han definido para cumplir con la responsabilidad cooperativa definida en nuestros planes y programas.

Por otra parte, se está desarrollando un intensivo programa de formación de recursos humanos para satisfacer a corto, a mediano y a largo plazo nuestras necesidades y para obviar los problemas planteados por la escasez y la mala distribución del personal de salud.

La Secretaría de Salud disponía en 1976 de 1,203 médicos, 284 enfermeras profesionales y 1,970 auxiliares de enfermería, cifra que se ha incrementado en los últimos dos años. Para la atención institucional disponemos en la actualidad de una capacidad instalada de 7,300 camas distribuidas en 91 establecimientos hospitalarios de diferentes categorías.

Cada vez es mayor la coordinación entre la Secretaría de Salud y las universidades del país para orientar la formación de recursos humanos de salud, tanto cualitativa como cuantitativamente.

En relación a los indicadores de salud más significativos la encuesta Diagnos, realizada en 1974, nos da los siguientes valores: mortalidad general 14.7, mortalidad infantil, 98.5, mortalidad en el grupo de 1 a 4 años, 16.8. Para este período la esperanza de vida al nacer fue estimada en 55 años. La estructura morbo-mortalidad responde al patrón general latinoamericano prevaleciendo como primeras causas: las enfermedades infecto-contagiosas y parasitarias. De 25,125 defunciones notificadas, un porcentaje significativo obedeció a las causas mencionadas. Las más importantes por su magnitud son la enteritis y enfermedades diarreicas, con una tasa de 35 por 100,000 habitantes. Ese mismo año se registraron 184 defunciones por tétanos, cuya máxima incidencia fue el grupo menor de 1 año. Otras enfermedades infecciosas de importancia en el país son la poliomielitis, la cual es endémica, con 38 casos notificados en 1977 y con brotes epidémicos periódicos. La tuberculosis, el sarampión y la tos ferina son otras de las causas importantes de morbimortalidad. Esta última circunstancia nos convierte en partidarios del fortalecimiento del Programa Ampliado de Inmunización que, por decisión de los Cuerpos Directivos de la OPS/OMS, se está implementando en los países de nuestro Continente.

La malaria se encuentra en una etapa de erradicación; sin embargo, para lograr este objetivo final debemos incrementar nuestros esfuerzos, particularmente en el aspecto de vigilancia epidemiológica.

La rabia constituye nuestra principal zoonosis. En el período 1962-1977 tuvimos 76 casos de defunción por esta causa. En los últimos años hemos perfeccionado el diagnóstico y el tratamiento inmunoprolifáctico y se continúan los esfuerzos para mejorar cada día más estos procedimientos. La encuesta Diagnos reveló que en 1974 el 58% de nuestro grupo infantil, incluyendo pre-escolares y escolares, padecía de malnutrición proteico-calórica. Para enfrentar este problema estamos realizando un programa nacional con dos componentes importantes, el primero de información y promoción nutricional, y en segundo lugar la distribución de suplementos alimenticios a los grupos de más alto riesgo, o sea los menores de un año. Se ha creado un cuerpo coordinador a nivel nacional para la ejecución de actividades programadas en esta importante área.

En el aspecto de saneamiento ambiental y a nivel de 1974 el 60% de la población urbana disponía de agua potable y solo el 11% de la población rural disponía de dicho servicio. Existen deficiencias en los aspectos de disposición de excretas, manipulación y control de alimentos y vectores. Dentro de este contexto que configura nuestra situación de salud, el nuevo Gobierno, que acaba de asumir el destino del país, no escatimará esfuerzo alguno para elevar

el nivel de salud, poniendo en práctica los programas y actividades prioritarios de acuerdo a nuestras necesidades y a los recursos disponibles, dando especial énfasis a las acciones relativas a la prevención de las enfermedades que constituyen las principales causas de daño en la población.

La Secretaría de Estado de Salud Pública tiene definida en estos momentos una estrategia general a corto y mediano plazo, lo cual conlleva la definición de programas específicos, principalmente en la administración y organización general.

Esta área está representada por el programa de desarrollo institucional a implementarse en tres años, de 1977 a 1979. Dicho programa implica la reorganización administrativa de los servicios de salud y sus actividades de apoyo tanto a nivel central, como a nivel regional y local. Consta de nueve áreas básicas que son: a) planificación, programación y evaluación; b) sistema de información; c) atención médica; d) recursos humanos; e) administración financiera; f) aprovisionamiento y suministros; g) administración personal; h) mantenimiento, i) transporte. Cada componente está definido específicamente en el programa general de actividades, con metas programáticas anuales y también decididas.

Regionalización y atención con servicios de salud: Esta área pretende consolidar el proceso de regionalización sanitaria y darle a los instrumentos operativos para que dicha organización técnico-administrativa cumpla con sus objetivos finales. En este se están implementando programas específicos, entre lo que podríamos señalar los siguientes: a) el proyecto de consolidación de la regionalización, según cuyo objetivo básico es el fortalecimiento técnico administrativo de la organización regional en todos sus niveles; b) el programa de población y bienestar familiar. Este último incluye básicamente la construcción de clínicas rurales, la definición e implementación de niveles de atención médica, la dotación de equipo a clínicas rurales y sus centros de salud y el establecimiento de una red nacional de radiocomunicación y transporte para el servicio de salud; c) en la extensión de cobertura, esta área está representada principalmente por el programa de servicios básicos de salud mencionado anteriormente. Es importante señalar que el concepto de aumento de la cobertura, con la estrategia de la atención primaria y la participación de la comunidad, ha sido adoptada por el Gobierno Dominicano como la alternativa más razonable para proteger un gran porcentaje de nuestra población. En este sentido se están estructurando en un ambicioso programa de atención médica rural a nivel nacional, el cual pensamos implementar en los próximos tres años.

Quiero terminar esta breve presentación proponiendo a los señores Delegados de la necesidad de fortalecer un planteamiento general de preocupación común para la utilización racional de la asistencia externa en América Latina. La realidad de los países latinoamericanos se caracteriza por una gran similitud en los diferentes aspectos de la problemática planteada. Los factores de desarrollo político-económico, social y cultural de los pueblos en vías de desarrollo condiciona una situación de salud similar, tanto en el aspecto administrativo como en el nivel y estructura de la morbi-mortalidad. Aunque cada

país tenga grado de organización diferente con características propias, la asistencia técnica internacional ha tenido la limitante de ofrecer servicios de asesores en base a modelos y a patrones de organización pre-establecidos, no existiendo un proceso real que permita compartir experiencias entre los diferentes países, e intercambiar estas en base a programas formales de intercambio.

Creemos que una política de cooperación técnica entre países implicaría:

- a) el intercambio de la experiencia entre países del Continente en las áreas más avanzadas de la salud, para que éste se desarrolle de manera sistemática y sostenida a través de acuerdos bilaterales y multilaterales;
- b) que la OPS, así como los Gobiernos, fomenten y patrocinen el intercambio de asesorías técnicas entre países, formalizando las mismas como parte de una estrategia se ayudará a desarrollar más eficazmente los programas de extensión de cobertura;
- c) la creación de un centro de documentación, información y difusión que permita como uno de los posibles mecanismos operativos, el intercambio arriba señalado;
- d) que los países definan sus necesidades y determinen el tipo de asistencia técnica externa, para la inclusión de las mismas en la programación de la OPS.

Estos conceptos constituyen un reto para nosotros mismos; nos hace sentir que compartimos con nuestros compatriotas y aun más con nuestros pueblos hermanos latinoamericanos, nuestros problemas y las alternativas de solución.

O PRESIDENTE: Com a exposição com que nos brindou a Sra. Representante da República Dominicana, esgotou-se a lista de delegações inscritas para os fins previstos no Item 12 da agenda. Solicitaria ao Sr. Relator que redigisse uma moção de votos de agradecimento aos Senhores Ministros e Delegados que nos trouxeram aqui informações tão valiosas. E dando prosseguimento à nossa agenda, tem a palavra o Sr. Secretário, Dr. Williams, para ler o terceiro relatório da Comissão Geral.

THIRD REPORT OF THE GENERAL COMMITTEE  
TERCER INFORME DE LA COMISION GENERAL

The SECRETARY: The General Committee held its third session at 12:30 p.m. on 28 September 1978 in Room E. It was chaired by the President of the Conference and was attended by the First and Second Vice-Presidents, the Rapporteur, and the Chairmen of Committees I and II.

The General Committee reached the following agreements:

- 1) The Plenary Session would be informed that a ceremony would be held at the conclusion of this afternoon's session, for the purpose of presenting the Abraham Horwitz Award to Dr. Ruth R. Puffer.
- 2) The appointment of the Working Party to present three topics to the Conference for the selection of one of them as the topic for the Technical Discussions to be held in 1980 would also take place during this afternoon's session.
- 3) Proposed Resolutions PR/1, PR/2, PR/3, PR/4 and PR/5 would be distributed this afternoon, in order that they may be considered for approval during the tenth plenary session on Monday morning, 2 October 1978.
- 4) The following footnote should be included on page 12 of Document CSP20/MP/3, the verbatim record of the third plenary session, held on Monday, 25 September 1978.

"At the end of the third plenary session, a private meeting of Heads of Delegation was convened, as recommended by the Honorable Dr. Kamaluddin Mohammed of Trinidad and Tobago, to study the proposed agenda item 'Presumed Administrative Irregularities Imputed to the Director.' That meeting ended with an expression of full confidence in the Director."

- 5) Committee II should consider, at its second session, on the afternoon of 28 September 1978, the following items: a) Item 29: Extension of Health Services to the Underserved Population in Rural and Urban Areas; b) Item 20: Resolutions of the Thirty-first World Health Assembly of Interest to the Regional Committee of WHO for the Americas; c) Item 21: Provisional Agenda of the Sixty-third Session of the Executive Board of WHO: Items of Interest to the Regional Committee; d) Item 23: Report on the XI Inter American Meeting, at the Ministerial Level, on Foot-and-Mouth Disease and Zoonoses Control; e) Item 28: Mechanisms for the Establishment of Official Relations between PAHO and Nongovernmental Organizations.

Committee II should consider Item 34; The Implications of Dengue Fever to the Health and Economies of the Countries of the Region, at the first hour on Monday morning, 2 October 1978.

- 6) The following order of business for this afternoon's order of the day at the plenary session should be: a) Third Report of the General Committee; b) Item 12: Reports of the Member Governments of the Organization on Public Health Conditions and Progress Achieved during the Period between the XIX and XX Pan American Sanitary Conferences (continued); c) Appointment of a Working Party to present three topics for the Technical Discussions to be held at the Directing Council in 1980, which will be submitted to plenary session of the Conference for selection of one item; d) Item 13: Financial Report of the Director and Report of the External Auditor for 1977; e) Items 14, 15, and 16 jointly. These items refer to the annual program and budget of the Organization.
- 7) On Monday, 2 October 1978, the plenary session should conclude with the consideration of Items 12, 14, 15, and 16; then the Conference should constitute Committee I to meet at the Dome for the consideration of Items 18, 22, 27, and 33.
- 8) The delegates wishing to participate in the Technical Discussions to be held tomorrow, Friday, 29 September, should be reminded to register with the secretaries at the front desk of the Dome.
- 9) The General Committee will meet again on Monday, 2 October, at noon.

Mr. President, I have been asked, while I have the floor, to call again the attention of the delegates to three items in the Third Report of the General Committee: (1) Delegates must register, as soon as possible, for the Technical Discussions, if they wish to participate in them, so that working groups may be organized; (2) At the end of the plenary session this afternoon, at 5:30 p.m., the presentation of the Abraham Horwitz Award to Dr. Ruth R. Puffer will occur, with the President of the Conference presiding; (3) The five resolutions screened by the General Committee have been distributed; they should be kept in the folder provided for that purpose, so as to keep them separate from the other papers.

O PRESIDENTE: Obrigado, Sr. Secretário. De acordo com o Item 2 do relatório da Comissão Geral, nós deveremos escolher um grupo de trabalho de 3 membros para a seleção de tópicos para as discussões técnicas de 1980. Algum voluntário para esse grupo de trabalho? Então solicitamos à Grenada, ao Canadá e à Venezuela que colaborem para constituir o grupo de trabalho para escolher os assuntos das Discussões Técnicas para o próximo ano. Muito obrigado. Interrompemos agora para o cafezinho e dentro de 15 minutos voltaremos a reunir-nos para ouvir e examinar o relatório financeiro do Diretor. Muito obrigado. Está suspensa esta Sessão.

The session was suspended at 4:10 p.m. and resumed at 4:40 p.m.  
Se suspende la sesión a las 4:10 p.m. y se reanuda a las 4:40 p.m.

The SECRETARY: I have twice asked the delegates to register at the desk outside, in the hall, for the Technical Discussions to be held tomorrow. I have now been asked to call your attention to the fact that in the next few minutes, a form, with a purple-colored heading reading "Discusiones Técnicas" will be distributed so that you may register here. The reason for this is that after the plenary session in the morning, we will break up into two groups: one group will study pharmaceutical supply systems and the other will study national drug policies. It therefore seemed preferable to offer the delegates the opportunity to choose the group they wish to join. Please fill the form out and leave it at the counter outside, when you go this afternoon.

ITEM 13: FINANCIAL REPORT OF THE DIRECTOR AND REPORT OF THE EXTERNAL AUDITOR FOR 1977

TEMA 13: INFORME FINANCIERO DEL DIRECTOR E INFORME DEL AUDITOR EXTERNO CORRESPONDIENTE A 1977

Dr. COONEY (Chief, Department of Budget and Finance): I will now introduce Official Document 153, the Financial Report of the Director and Report of the External Auditor for the period 1 January-31 December 1977. It is a small grey book which should be in the pile of documents before you.

This document is primarily the report on the financial transactions of the Pan American Health Organization for this period, although it also contains statements and auditor's report for the Institute of Nutrition of Central America and Panama, the Caribbean Epidemiology Center (CAREC), and the Caribbean Food and Nutrition Institute (CFNI), as well as statements and auditor's report for the Pan American Health and Education Foundation (PAHEF).

In accordance with the recommendations made by the External Auditor, the format of the Financial Report has been modernized, but there have been no changes in the accounting principles. The aim of the revised format is to provide, in a more meaningful way, data about the financial outcome of the Organization's activity for the year 1977. The revised format was made after detailed discussions with the External Auditor, who, as indicated in the audit report, is very satisfied with the steps taken on this matter. The modernization of the financial report is a continuous process and we will continue to seek improvements in this report to the Governing Bodies.

The Conference delegates will follow more easily the presentation if they note that for each of the separate entities there are a series of exhibits summarizing incomes and expenses, as well as assets and liabilities, with appropriate supporting schedules and explanatory notes which amplify and explain certain of the items in the exhibits.

The Pan American Health Organization is reported in Exhibits 1 through 4, with supporting Schedules 1 through 4; the Caribbean Epidemiology Center is reported in Exhibits 5 and 6, with Schedules 5 and 6; the Caribbean Food and Nutrition Institute has Exhibits 7 and 8, with Schedules 7 and 8; the Institute

of Nutrition of Central America and Panama has Exhibits 9 to 11, with Schedules 9 and 10; and the Pan American Health and Education Foundation is reported in Exhibits 12 to 16, with Schedules 11 to 13.

If you look at the Report of the External Auditor which starts on Page 65, you will note that, as the auditor points out, the audit was carried out accordance with the Financial Regulations, and in conformity with generally accepted common auditing standards.

The External Auditor has included some comments on paragraphs 3 and 4 of his report on Page 65. In its Resolution IV, the 80th Executive Committee requested the Director to report to the XX Pan American Meeting of the Sanitary Conference on the measures taken in connection with the points raised by the External Auditor in his report. At the conclusion of the review of the Financial Report, this presentation will also include the Director's report and comments of the External Auditor.

It should be noted that in paragraph 5 (p. 66), the Auditor refers to to the modernized format of the Financial Report, and indicates his satisfaction with the steps taken in this direction during the year and with the further improvements planned for future years.

In paragraphs 7 and 8 (pp. 66-67) of this report, the Auditor has rendered the standard Audit Opinion without reservation.

A table indicating the summary of expenditures for the 10-year period, 1968-1977, is included on page 7, as a part of the modernization of the Financial Report. During this 10-year period, the PAHO Regular Budget expenditures increased from \$11,018,547 to \$28,868,415--an increase of 162 per cent. The WHO Regular Budget, during this 10-year period, increased from \$5,776,386 to \$13,042,650--an increase of 125 per cent. All other extrabudgetary funds outside the PAHO and WHO Regular Budgets increased from \$7,524,712 in 1968 to \$24,065,406 in 1977--an increase of 220 per cent.

The Statement of Appropriations and Obligations for the year 1977 (p. 11), which is Exhibit 1, has been expanded from previous years' presentations and includes the amounts available and obligated for all funds. It should be noted that 100 per cent of the PAHO Regular Budget was obligated in 1977.

An amount of \$881,325 was transferred from Part I and \$65,000 from Part IV of the Statement of Appropriations to other Parts of the Budget. A total of \$608,120 was transferred into Part II, representing mainly additional fellowships for Country Programs and a transfer of Area Office expenditures in line with the functions of those offices.

A total of \$240,180 was transferred into Part III to cover the additional cost of WHO auditors and miscellaneous personnel costs. A total of \$98,025 was transferred into Part IV, mainly to cover the additional costs of the Ministers Meeting held last September.



All transfers were within the limit authorized by the Financial Regulations.

A consolidated Statement of Income and Expenditure for the year 1977 appears on p. 12. This statement indicates the status of the various funds during the year, with the balances of each fund at the end of the year. This statement is supported by various explanatory notes and schedules which give a full explanation of each line item.

On p. 13 is a statement of income and expenditures for the PAHO Regular Budget for 1976 and 1977. This statement indicates that a total of \$28,899,799 was collected in current and arrears quotas, net of tax equalization. These collections exceeded the assessment for the 1977 Budget by \$481,384. In addition, the net miscellaneous income of \$824,071 plus the \$286,503 in unneeded reserves for the prior year exceeded the budgetary estimates of \$450,000 for Miscellaneous Income by an amount of \$660,574.

To summarize, the \$1,141,958 surplus transferred to the Working Capital Fund, as indicated on p. 13, was made up of the following: Quota Collection Excess, \$481,384; Excess Miscellaneous Income, \$660,574, for a total of \$1,141,958. It should be noted that this surplus led to an additional increase in the Working Capital Fund beyond the \$585,000 budgeted increase for the Fund.

On the next pages (pp. 14-15), we have the Organization's balance sheet, its Statement of Assets and Liabilities as of 31 December 1977. This year, as part of our efforts to modernize the report, there is also included the information on assets and liabilities for 1976. Explanatory notes appear on pp. 16 to 22. This statement indicates that the Working Capital Fund as of 31 December 1977 was \$11,895,777. Detail of the changes in the year in the Working Capital Fund is shown on p. 22.

On pp. 23-26 is the Statement of Quota Contributions as of 31 December 1977. Quota contributions due at year-end from Member and Participating Governments continue to decrease. During the three-year period, 1975-1977, the balance of arrears has been substantially reduced, from a total of \$1,791,358 at the end of 1974 to \$888,390 as of 31 December 1977. Of the four Member Governments on deferred payment plans as of the beginning of the year, one Government paid its entire arrears plus its 1977 payment, and is no longer on the deferred payment schedule. The other three Governments all made payments in 1977. Without the full support of the Member and Participating Governments, the sound financial position of the Organization could not be achieved.

On p. 27 is a table showing the status of our procurement services for the health ministries and health institutions of Member Countries. You will note from the table that we started the year with \$2,253,858 of such procurement funds on hand. We received \$2,873,906 and expended \$2,501,980 during the year for vaccines and medical supplies and equipment. Some \$116,590 of unused funds were returned, and at year's end, we had \$2,509,194 as unliquidated obligations or awaiting procurement action in 1978.

Next, on p. 28 is a statement of our Emergency Procurement Revolving Fund. This Fund differs from the preceding Fund in that, in the case of an emergency, we proceed immediately with the procurement and collect later from the Government. We have a Revolving Fund of \$125,000 for this purpose, and as the year ended, there was a net balance of \$103,946 available from emergency purchases, compared with \$71,920 available at the end of 1976.

On pp. 29-32 is a statement of Trust Funds as of 31 December 1977. The format of this statement has been revised to reflect the grantors in country order.

Starting on p. 35 are the statements of the Caribbean Epidemiology Center. In 1977 CAREC had a deficit of \$20,688, as compared to a surplus in 1976 of \$56,207.

On the next page (p. 37) is a Statement of Assets and Liabilities for CAREC.

On pp. 38-39 is a statement of quota contributions from supporters of the Center. These supporters include Caribbean countries and the Overseas Development Administration of the United Kingdom. On p. 40 appears a statement of CAREC Trust Funds. Projects totaling \$270,270 were funded in 1977 from these Trust Funds.

On pp. 43-45 are statements of the Caribbean Food and Nutrition Institute, which is administered by PAHO. Exhibit VII (p. 44), shows the comparison of income and expenditures for 1977 and 1976. This year there is an operating deficit. At the end of 1977, the accumulated deficit was \$51,611, as is shown on the next page (p. 45).

On pp. 46-47, there is a statement of the status of CFNI contributions from those Caribbean countries supporting the Center.

On the next page (p. 48), we have a statement of Trust Funds held by the Organization to fund projects at CFNI.

There follows (pp. 51-59), the Statements of the Institute of Nutrition of Central America and Panama (INCAP). INCAP's Regular Budget Appropriations and Obligations appear on p. 52, and its Statement of Income and Expenditures is given on p. 53. Page 53 shows that INCAP had an operating surplus of \$19,227, as compared to a surplus of \$115,928 in 1976.

On pp. 54-55 is the INCAP Statement of Assets and Liabilities, and on p. 56, the status of their quota collections.

On pp. 57, 58, and 59 is a statement of the INCAP Trust Funds and projects supported by grants and contracts. On p. 59, projects totaling \$3,624,345 were funded in 1977. The largest supporters of the Institute are the United States of America, with projects totaling \$2,106,175, and the Pan American Health and Education Foundation (PAHEF), with \$895,291. Not shown here, of course, are costs at INCAP borne directly by the PAHO/WHO Regular Budgets, which totaled \$671,763 in 1977.

Starting on p. 71 and continuing through p. 86 are the exhibits and schedules of PAHEF. The report of the Auditors of PAHEF is shown on p. 87. The Auditors rendered their Audit Opinion without reservation. The Executive Secretary of PAHEF, Mr. Clarence H. Moore, is here. Should you have any questions concerning this part of the Report, he will be glad to answer them.

On pp. 91-108 are general informative statements and schedules and an informational annex showing breakdown by funded individual projects.

Starting on p. 109 and continuing through p. 121 is the schedule showing the actual 1977 PAHO and WHO Regular Budget expenditures, project by project, with subtotals by individual countries. The percentage of actual expenditures to amounts budgeted is shown for each project, with subtotals by fund and country.

This concludes the review of the Financial Report.

Report to the XX Pan American Sanitary Conference on the Measures Taken in Connection with the Points Raised by the External Auditor in his Report Informe a la XX Conferencia Sanitaria Panamericana acerca de las medidas adoptadas en relación con los aspectos señalados por el Auditor Externo en su informe

Dr. COONEY (Chief, Budget and Finance): Resolution IV of the 80th meeting of the Executive Committee requested the Director to report to the XX Pan American Sanitary Conference on the measures taken in connection with the points raised by the External Auditor in paragraphs 3 and 4 (p. 65) of his Report, as contained in Official Document 153, Financial Report of the Director and Report of the External Auditor for 1977.

The Director is pleased to submit to the Conference the following report concerning paragraph 3 (p. 65) in Official Document 153--Measures Taken and Pertinent Remarks on Payroll Procedures.

The External Auditor commented in paragraph 3 of his Report with respect to the payroll procedures for calculating the processing payments to employees. He indicated that these procedures "were found to be inadequate to ensure that improper payments are not made, and important improvements are being implemented." The present payroll system is largely computerized, and was designed with the objective of extracting all information about staff entitlements from our Personnel Master File in the computer, and to produce a payroll without manual calculations and with minimum input by our Payroll Unit. After several years of efforts in attempting to achieve this objective, a new system was created after several months of computer programming in 1975, and testing of the system was begun in October of that year. We continued to operate parallel systems for the next three months to refine and "de-bug" the new computer system. After correcting and updating the program, good results were achieved with the February 1976 payroll, and in March 1976 the parallel systems produced very good results. At that time, it was decided to implement the new system with the April 1976 payroll, and it has been in operation ever since. The new system did not completely computerize the input from the Personnel Master File, and a manual input from the Payroll Unit was still required.

Although gradual improvements have been made in the payroll system through 1976 and 1977, the objectives were still far from being achieved. A task group was designated in July 1977 with representatives from our Headquarters activities of Finance, Budget, Internal Audit, Personnel and Computer Services, to press forward in improving the system. The Internal Auditor participated in the work of the task group and the overall effort was greatly enhanced by independent testing done by the Internal Auditor, which produced a good evaluation of how well the present system is or is not accomplishing the tasks for which it was designed.

As the External Auditor has noted, certain deficiencies have been identified that require corrective action. To assist the task force in its efforts to improve the system, the Internal Auditor conducted a selective audit of the September 1977 payroll. Payroll payments to 138 staff members were checked. The Internal Auditor noted 18 errors which had not yet been adjusted.

In his report, the Internal Auditor pointed out: "We are sure you will agree that this error rate is not satisfactory. At the same time, we do not want to give the impression that thousands of dollars are being overpaid. A large quantity of the errors found represented small differences in computation and contributions due to Staff Health Insurance, amounts paid in dependency allowances, and the like. However, in these days of computers finesse, we consider that staff members are entitled to receive the exact amounts due to them under the contract and thus our statistics have been prepared using this as a criterion."

We have checked the 18 errors noted by the Internal Auditor; they have resulted in a net underpayment of \$574.

Additional comments made by the Internal Auditor in his report are as follows: "It appears to us that the majority of the errors arise as a result of incorrect input in the Payroll Unit. In our view this is not surprising as the present system involves much manual selection and calculation and is error provoking. It does seem to us that these results are indicative of the need to refine the system to ensure that virtually all entitlements are computer calculated and produced."

The measures being taken in connection with the comments of the External Auditor are as follows: (1) The task group, which was formed in July 1977 with representative from the Units of Budget, Finance, Personnel, Computer Services, and the Resident Internal Auditor to coordinate the continuing implementation of an entirely computerized personnel and payroll system, will continue to function until the system is fully in operation and all audit questions are resolved. (2) Recommendations of the Internal Auditor for strengthening the control of payroll preparation are being implemented with the assistance of both the External and the Internal Auditors. (3) An additional professional post has been added to our Payroll Unit to improve supervision and to strengthen the experience level and computer applications. This post is not a new post, but represents a shift of resources resulting from an internal reorganization within the Department of Budget and Finance. (4) An on-line computer terminal has been authorized for installation in the Personnel Department to expedite the input and to ensure the accuracy of entitlement data into the Personnel Master File. This will be the source for all entitlement information to be extracted by the computer and used in the payroll preparation. It is anticipated that this terminal will be operational for the December 1978 payroll. (5) Manual input of entitlement information as presently being done by the Payroll Unit is being

phased out as we are able to utilize the Personnel Master File as the sole source of information. (6) Validity checks in the computer, recommended by the Internal Auditor with respect to data being entered, are being implemented.

The above measures will serve to eliminate the manual input of entitlement data by the Payroll Unit, which has been indicated by the Internal Auditor as the primary source of errors in payroll preparation. It should be noted that no known losses took place in payroll payments and that our Payroll Unit in Headquarters prepares the payrolls for all staff members located in both Headquarters and all field offices, using separate salary scales and local currencies of the individual duty stations. We will continue to work closely with the Internal Auditor in seeking the best possible procedures and controls over our payroll system.

Concerning paragraph 4 (p. 65) of the Auditor's report on measures taken and pertinent remarks on field activities in Brazil, we call your attention to the fact that these observations resulted from a visit to Brazil by the External Auditor's staff during May 1977, and were not derived from a review of the 1977 Financial Report (Official Document 153).

In transmitting the report of the Brazil audit to us in 1977, Mr. Ivarsson, of the External Auditor's staff stated in his letter that "this is not a fault-finding exercise but an effectiveness audit.... Please remember that we are pointing to the weaknesses because our objective is to present constructive suggestions for improvement. Our criticism does not mean that we have made an evaluation of the PAHO activities in Brazil and got a negative impression. On the contrary, as far as we can judge from all the interviews made, you have a capable and very dedicated staff in Brazil. Congratulations!"

These observations of the External Auditor have been the concern of this Administration for several years and, indeed, the observations cannot be restricted to any one country. The Secretariat must be able to render to the Governing Bodies not only a financial accounting of the use of the Organization's resources, but also technical accountability. In recognition of this need, in April 1977 the Director put into effect a new system for Programming and Evaluation of PAHO Technical Cooperation. As this new system becomes more operational, many of the concerns expressed by the External Auditor will be resolved.

With this introduction in mind, reference is made to the specific observations made by the External Auditor.

In paragraph 4 (a), he indicated that actual project costs deviated significantly from budgeted amounts. It should be noted that a country program is planned with the Government one year before it is actually appropriated by the Governing Bodies. For example the 1979 program shown in the current budget document, Official Document 154, was planned with the countries during the second half of 1977. It will be appropriated at this Conference, in October 1978. However, not reflected in Official Document 154 is the fact that the 1979 program will again be discussed with the countries during the second half

of 1978 to obtain their latest priorities. Although the comparison made by the Auditors is financially correct, the fact remains that it is made using the appropriation year budget document, which does not include the latest priorities of the countries.

The program for 1978 as shown in the new budget document, OD-154, reflects more accurately the priorities than the same program for 1978 presented in OD-148, the previous budget document.

During the period studied by the Auditors in Brazil, namely 1974-1977, an effort was made to consolidate projects. The projects in 1974 numbered 55, whereas by 1977 the total had dropped to 35. In addition, the Government was undergoing reorganization, with more centralization in Brasília. To compare project costs with budgeted amounts during this period is, therefore, somewhat misleading.

Finally, as long as the Organization maintains the policy of changing the program and budget in accordance with the latest requirements of the countries, the actual delivery, as reflected in monetary amounts, will continue to deviate from originally appropriated amounts. Improved planning and budgeting systems will not change the fact that we live in a dynamic Region and, quite correctly, we react accordingly.

With regard to the External Auditors observations on items 4(b), (d), (e), (f), and (h), previous references to the new system of programming and evaluation of PAHO technical cooperation, which has been put into effect, should again be noted. It is anticipated that many of these concerns will be resolved as this new system becomes operational. However, it should be mentioned that in keeping with the concept of technical cooperation and in order to promote self-sufficiency and self-reliance among Member Governments, the Organization's activities of cooperation are conceived as an outflow of the goals and objectives of national health programs and are, therefore, developed in close collaboration with the national authorities.

In specific reference to the observation in paragraph 4(c), the Auditor has indicated that "the country budget ceilings tended to be fixed to previous year's allocations in too rigid a manner, instead of being based on analysis of the real needs." It should be noted that previous year's allocations are based upon requests of the Governments which are in a position to know their real needs. This particular subject was studied by outside consultants and submitted, in 1976, to the Executive Committee and Directing Council. The consensus was that there was no magic mathematical formula for assigning ceilings.

When establishing country budget ceilings, it cannot be assumed that a country with the greatest need should also be the country to which the greatest cooperation is given. One has to consider the ability and capacity of the country to absorb the cooperation, technically and monetarily. The new Programming and Evaluation System attempts to consider this problem by

assigning resources from all organizational levels, as required, as part of the direct input to country programs. In this manner, the resources from our Area Advisers, Centers and Regional Advisers may be utilized in direct support to a country program, which increases the total program of cooperation to the country without increasing the country ceiling.

In reference to the observation on paragraph 4(g), "not enough attention was paid to professional development of the experts in the field," it should be noted that the Organization tries to recruit professional staff who are expert in their fields. Subsequently, it does provide for periodic training of staff, and funds are budgeted in our Program and Budget for that purpose. We are giving increased emphasis to our staff development and training within the limits of funding availability.

Mr. MOORE (Executive Secretary, PAHEF): I am pleased to give you a brief report on the financial situation of the Pan American Health and Education Foundation. PAHEF, as you may know, is a legally independent organization acting as collaborating partner of the Pan American Health Organization. Its main objective is to finance health projects and health activities that will be carried out under the technical supervision of the Pan American Health Organization, using financial resources not normally available to PAHO. The program is divided into two main parts.

One part consists of activities financed with contributions from private foundations, business organizations, and individuals. It is with those funds that individual projects, which are designated by the contributor, are carried out under the technical supervision of PAHO. In the Program and Budget the reference PAHEF is sometimes observed in connection with these projects; this means that monies for these projects come from PAHEF, but that their operation is carried out with the same technical standards, the same efficiency, and the same interest in health as those for any other project of the Pan American Health Organization.

The other part of the program consists of the medical textbook program, which we hope will soon be expanded. It is financed with a capital fund derived from a loan from the Inter-American Development Bank to PAHEF. With this loan, PAHEF provides the revolving capital that makes it possible to buy the medical textbooks that are sold through the medical schools of Latin America. Thus money revolves back into the capital fund. The medical textbook program has been operating for several years. It is expected that in the near future, the Inter-American Development Bank will give us an additional loan to expand its program to include all types of textbooks and instructional materials. The Governing Bodies of the Organization (the Pan American Sanitary Conference, four years ago, and the Directing Council, since that time), have indicated their desire to see the program expand, particularly in relation to primary health care. In the latter field, there is a great need for training nursing technical auxiliaries and community health workers.

The Financial Report gives the Income and Expenditure Statement for the Textbook Program, its Statement of Assets and Liabilities, and a Statement



of Source and Application of funds (pp. 75-77). On pp. 78 and 79 is an inventory of information about the purchase and sale of textbooks. Pages 80 and 81 reflect information about the General Fund and the Trust Fund Program, and pp. 82, 83, and 84 show a list of the foundations, the companies, and the individuals who have contributed funds for projects through PAHEF.

I wish to express my appreciation to the Director for the permission to print in this document the Financial Report of the Foundation.

El Dr. VALLADARES (Venezuela): Como parte de la Delegación de Venezuela ante el Comité Ejecutivo intervinimos en varias oportunidades en la discusión de este tema en el Comité. Tanto es así que se nos ha dicho que hay algunos temas de nuestra preferencia: el financiero, el presupuesto y el del personal. Yo estoy seguro que ninguno de nosotros de primera intención pudiéramos haber asimilado toda la información que nos ha dado el Dr. Cooney, si no hubiera habido un cuerpo intermedio que es precisamente el Comité Ejecutivo, el que sí tuvo tiempo para discutir esto en extenso. Los miembros del Comité Ejecutivo son personas que asumen como siempre sus responsabilidades y que formulan preguntas, indagan y expresan su preocupación. Esa preocupación por las observaciones del Auditor Externo se han visto totalmente compensadas con la información completísima que el Dr. Cooney ha dado sobre la corrección, programación y funcionamiento de las actividades a su cargo.

De manera que se está llegando progresivamente a corregir un defecto que existía y por el cual había mostrado preocupación el Auditor Externo y por cuya explicación había también preocupación por parte del Comité Ejecutivo del cual formamos parte.

La Conferencia en este momento tiene ante sí precisamente una recomendación que le hace el Comité Ejecutivo, aunque el Comité Ejecutivo no oyó toda la información que aquí se nos dio. Sin embargo consideró que era suficiente la información recibida para recomendar a la Conferencia un proyecto de resolución que está en el Documento CSP20/10, en la página 2. En base al examen previo del Comité Ejecutivo y a las explicaciones que se han dado, yo creo que la Conferencia podría entonces adoptar o no adoptar el proyecto de resolución que nos recomienda el Comité Ejecutivo.

Sin embargo, como yo hice énfasis también en relación al Informe del señor Director con respecto a variaciones en la ejecución del programa y presupuesto, yo no quisiera que pueda interpretarse que he cambiado de parecer después de la elección. Mi interés por la Organización sigue siendo igual o más que antes y estaré siempre al servicio de ella desde el punto de vista de la Delegación de mi Gobierno.

Entonces yo quiero llamarles la atención a los señores delegados (no para que lo vean ahora, porque yo creo que ahora nos basta con el aval del Comité Ejecutivo) sino para que lo vean después, con calma, y revisen de la página 109 en adelante del Informe Financiero del Director, en donde están

los porcentajes de los programas ejecutados o de los programas programados. Verán entonces que no era mentira; sigue siendo verdad que hay una gran disparidad entre lo presupuestado y lo ejecutado.

En parte, las explicaciones dadas por el Dr. Cooney son correctas, en el sentido de que han podido haberse modificado en el transcurso del año por conveniencia de los Gobiernos. Pero precisamente, son ustedes los delegados de los Gobiernos los que deben fijarse allí cuáles son los programas que dentro de su país o en los programas AMRO, que fueron ampliados o reducidos, en forma que ustedes puedan considerar si están de acuerdo o no.

El otro punto sobre el cual insistimos mucho en esa reunión del Comité Ejecutivo y que será considerado más tarde bajo el Tema 34 es el de los fondos extrapresupuestarios y el llamado "overhead". De manera, señor Presidente, señores Delegados, la delegación de Venezuela cree haber cumplido con su deber al hacer las observaciones correspondientes en el Comité Ejecutivo y cree que eso ha dado lugar a que nosotros podamos tener una información mucho más completa para tomar una decisión esta tarde.

Le Dr. BROYELLE (France): Merci, M. le Président. Je voulais simplement pose une question au Secrétariat. Nous trouvons isoler dans les comptes ceux de trois qui me semble-t-il sont considérés comme centres panaméricains, à savoir le CAREC, le CSNI et l'INCAP. Je m'excuse, mais je suis tout à fait d'accord pour trouver ces comptes isolés dans ce document, mais pourquoi trois seulement parmi les 10 centres panaméricains qui, je crois, figurent exclusivement comme un centre panaméricain dépendant de la PAHO. Est-ce qu'il y a des critères qui motivent ce choix? Y a-t-il des raisons particulières expliquant que les autres soient exclus des comptes individualisés? Le Secrétariat pourrait-il nous donner une explication?

Mr. ANDREW (United States of America): The United States Delegation is gratified by the evidence contained in the Financial Report of the sound financial condition in which our Organization finds itself. We congratulate the Director and the External Auditor on the considerably improved format of the Report. For example, the inclusion in several places of comparative figures from 1976, which make it easier to understand the changes that have taken place and the careful references between the consolidated statements and the explanatory notes on pages 16-22. The informational annex at the end continues to be an extremely reliable source of comparative data and we hope that it will be an even more useful evaluative instrument when its format is revised in 1979. We welcome the Director's statement and Dr. Cooney's confirmation that the modernization of the Financial Report is and will be a continuing process.

I have two questions, and one further comment. The questions are these: On page 14 of the Financial Report, under "Accounts Receivable", there is an item called "Sundry Debtors" in English showing a significant increase, an increase of about \$2 million. When this subject was discussed in the Executive Committee last summer, the Secretariat explained that the increase was in fact due to the necessity to advance funds from the regular budget when money has been promised from extrabudgetary sources that have not yet been received.

At that time, in the Executive Committee, the Secretary indicated that meetings with outside funding sources were planned in order to speed up the process of paying from extrabudgetary sources. We would appreciate learning whether meetings have yet occurred and, if so, what the outlook is.

My second question concerns a very minor matter on pages 18 and 19 of the Report: an indication of a very sharp drop in rental income from Governor Shepherd Apartments which belong to the Organization. It is explained in terms of higher utilities. However, we wonder if the Secretariat has any plans to redress this situation so that this piece of property can once again become more remunerative.

Finally, a comment on the very useful initiative taken by the External Auditor, with the consent of the Government, in conducting this special survey of fewer activities in Brazil, the Executive Committee's response, and the further report that we obtained from Dr. Cooney. All of these initiatives are very useful. We need evaluation in the Organization at all levels, and this particular exchange, I think, was very helpful, I hope that the External Auditor will find other Governments' which would like to have surveys of this kind conducted in connection with programs in their countries.

Dr. COONEY (Chief, Budget and Finance): I think I will start with the questions from the Delegate of France concerning the inclusion in the Financial Report of the Caribbean Epidemiology Center, the Caribbean Food and Nutrition Institute, and the Institute of Nutrition for Central America and Panama. These three centers have uniqueness about them in that they are all supported by contributions from Member Governments of these institutions. In order to provide information to those Member Governments, these three Centers are included in the Report. This is the primary reason for their inclusion. I can tell you that we did discuss this subject with the External Auditor, particularly, whether or not the Governments' concerned felt it would be appropriate to include them or if they had any objections to removing them from the Report. They thought that this type of information on these Centers should be included to give additional information to those Member Governments, so we have continued putting these Centers in the Report. However, you are correct in that they could be removed from the Report. I hope this explanation will be satisfactory to you.

I turn to the questions put by the United States Delegate concerning the amounts of money and sundry debtors which we have outstanding for which we must make advances from our funds while awaiting the receipt of money from the particular grant or donor under the agreement. We are aiming at getting advances at the time the agreement is made and, in addition, having a good billing process so that when we bill for expenditures, the billings are paid within a reasonable amount of time. We are constantly talking to many of our donor agencies concerning this particular problem and in fact have met, since the Executive Committee session, with the Inter-American Development Bank concerning reimbursements, and have devised improved systems in order to speed up the collection process and reduce the level of money which is outstanding. This is a constant process of improving collection procedures.

With regard to the rental income of the Governor Shepherd Apartments, it is true that the net income from the Governor Shepherd Apartments, which are located in Washington across the street from the Headquarters building, has gone down, primarily due to the increase in the cost of utilities, which has been going up in most of our countries. The District of Columbia (Washington), where the building is located, has a rent control law. We are not authorized to raise rents except within the limits of that law. We are constantly working to maximize our rental income but we do have to work within that particular law. We have a rental agent who is working on this and his commissions are based upon the amount of rental income in the building, so that he has a very good incentive for trying to increase income, because increased income increases his fee.

Concerning the comment on the special audit, we agree wholeheartedly that this type of audit is welcome and can be a forerunner of good things in evaluation. However, I would like to point out that we will be changing external auditors, and I have not yet received the information that the new External Auditor also conducts effectiveness audits in the same manner. We are hopeful that he will. It will be up to the Governing Bodies to make their wishes known on this particular aspect.

El Dr. ACUÑA (Director): Muy brevemente voy a tratar de completar la explicación que le diera el Dr. Cooney a la Dra. Broyelle de Francia.

Resulta que de los llamados Centros Panamericanos únicamente tres, tienen aportaciones directas en forma de cuotas anuales de los Gobiernos Miembros de esos Centros; me refiero a CAREC, CFNI, y al Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP).

Los otros Centros son administrados y dirigidos directamente por la OPS, con presupuesto de la OPS y aportaciones extrapresupuestarias, pero sin que los Gobiernos circundantes tengan aportaciones directas dentro de un sistema semi-independiente, en el que dichos Centros tienen sus propios Cuerpos Directivos.

Esta es la razón por la cual el Auditor Externo nos exige que tengamos una contabilidad especial para los ingresos y los egresos de estos tres Centros, que sirve al mismo tiempo para presentarse a sus respectivos Cuerpos Directivos. Esa es la única razón por la cual aparece por separado la contabilidad de estos tres centros.

The PRESIDENT: I now put the proposed resolution before the Conference.

"THE XX PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Having examined the Financial Report of the Director and Report of the External Auditor for fiscal year 1977 (Official Document 153); 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 fiscal year 1977 (Official Document 153).
2. To commend the Director for having achieved and maintained a sound financial situation."

"LA XX CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes al ejercicio económico de 1977 (Documento Oficial 153); y

Reconociendo que la Organización continúa en buena situación financiera,

RESUELVE:

1. Tomar nota del Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes al ejercicio económico de 1977 (Documento Oficial 153).
2. Felicitar al Director por haber logrado y mantenido una sólida situación financiera".

Decision: The proposed resolution was unanimously approved.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución.

The PRESIDENT: Immediately after the adjournment of this session, we will begin the session for the award of the Abraham Horwitz Award to Dr. Puffer.

El Dr. VALLADARES (Venezuela): Una pequeña sugerencia, señor Presidente. Yo me temo que si hacemos un receso podamos perder parte de la gente que está aquí presente, y no se justifica pues hacer la entrega de un premio con menos gente de la que tenemos en este momento. Yo le sugeriría a la Presidencia que, si fuera posible, que de una vez procediéramos a la entrega del premio.

The session rose at 5:45 p.m.  
Se levanta la sesión a las 5:45 p.m.



# XX PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE

## XXX REGIONAL COMMITTEE MEETING

ST. GEORGE'S, GRENADA  
SEPTEMBER - OCTOBER 1978

Monday, 2 October 1978, at 9:00 a.m.  
Lunes, 2 de octubre de 1978, a las 9:00 a.m.

CSP20/MP/10  
2 October 1978  
ORIGINAL: ENGLISH-SPANISH

PROVISIONAL VERBATIM RECORD OF THE TENTH PLENARY SESSION  
ACTA PROVISIONAL TAQUIGRAFICA DE LA DECIMA SESION PLENARIA

President: Mr. H. J. Preudhomme Grenada  
Presidente:

Contents  
Indice

Consideration of Proposed Resolutions Pending Approval  
Consideración de proyectos de resolución pendientes de aprobación

- Item 8: Report on the Collection of Quota Contributions  
(conclusion)
- Tema 8: Informe sobre la recaudación de las cuotas (conclusión)
- Item 9: Annual Report of the Chairman of the Executive Committee  
(conclusion)
- Tema 9: Informe Anual del Presidente del Comité Ejecutivo  
(conclusión)

(continued overleaf)  
(continúa al dorso)

Note: This verbatim record is provisional. Delegates are therefore requested to notify the Pan American Sanitary Bureau (Conference Services) of any changes they wish to have made in the text. The texts of the verbatim records will be published in the Proceedings of the Meeting.

Nota: Esta acta taquigráfica es provisional. Se ruega a los señores Delegados tengan a bien comunicar a la Oficina Sanitaria Panamericana (Servicio de Conferencias) las modificaciones que deseen ver introducidas en el texto. Los textos de las actas taquigráficas se publicarán en las Actas de la Reunión.

Contents (cont.)  
Indice (cont.)

- Item 10: Quadrennial Report, 1974-1977, and Annual Report, 1977, of the Director of the Pan American Sanitary Bureau (conclusion)
- Tema 10: Informe Cuadrienal, 1974-1977, e Informe Anual, 1977, del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana (conclusión)
  
- Item 26: Election of Three Member Governments to the Executive Committee on the Termination of the Periods of Office of Bahamas, Colombia, and Costa Rica (conclusion)
- Tema 26: Elección de tres Gobiernos Miembros para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término el mandato de Bahamas, Colombia y Costa Rica (conclusión)
  
- Item 11: 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 11: 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)
  
- Item 14: Proposed Program and Budget of the Pan American Health Organization for 1979
- Tema 14: Proyecto de programas y presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud para 1979
  
- Item 15: Provisional Draft of the Program and Budget of the Pan American Health Organization for 1980-1981
- Tema 15: Anteproyecto de programa y presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud para 1980-1981
  
- Item 16: Provisional Draft of the Program Budget of the World Health Organization for the Region of the Americas for the Financial Period 1980-1981
- Tema 16: Anteproyecto de presupuesto por programas de la Organización Mundial de la Salud para la Región de las Américas, correspondiente a 1980-1981
  
- Fourth Report of the Committee on Credentials  
Cuarto Informe de la Comisión de Credenciales
  
- Statement by the Observer from the United Nations Fund for Population Activities  
Presentación de la Observadora del Fondo de las Naciones Unidas para Actividades de Población
  
- Item 14: Proposed Program and Budget of the Pan American Health Organization for 1979 (continuation)
- Tema 14: Proyecto de programa y presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud para 1979 (continuación)



Contents (cont.)Indice (cont.)

- Item 15: Provisional Draft of the Program and Budget of the Pan American Health Organization for 1980-1981 (continuation)
- Tema 15: Anteproyecto de programa y presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud para 1980-1981 (continuación)
- 
- Item 16: Provisional Draft of the Program Budget of the World Health Organization for the Region of the Americas for the Financial Period 1980-1981 (continuation)
- Tema 16: Anteproyecto de presupuesto por programas de la Organización Mundial de la Salud para la Región de las Américas, correspondiente a 1980-1981 (continuación)

The PRESIDENT: I now call the tenth plenary session to order, and I call on Dr. Williams to make a few announcements.

The SECRETARY: Three brief announcements: First, the Credentials Committee will meet again this morning during the recess. There is one very brief item of business, which should take no longer than a very few minutes. Secondly, the following verbatim records have been distributed: the inaugural ceremony, the first plenary session, the second plenary session, the revised version of the third plenary session, the fourth, fifth, sixth and seventh plenary sessions have now all been distributed.

I would like to request the Delegates, if you can and will, to review the texts of your own interventions in these records and make the necessary corrections to be sure they are accurate. These are verbatim records, and Mr. García here on the platform behind me will be happy to receive the changes. This will make it unnecessary for us to send the records on to you at your homes and wait to receive them back.

Finally, forms have been distributed for Governments and Delegations to suggest topics for the Technical Discussions to be held during the Directing Council in 1980. The procedure will be as follows: Delegations should put one suggestion on each of these forms and hand them in to one of the ladies at the desk outside the door. The President has already appointed a working party, which perhaps tomorrow will meet to review the suggestions and reduce them to three. Then the plenary will vote for the item to be selected from those three topics at a time to be determined somewhat later by the General Committee. But would you please all of you hand in to the desk today your suggestions for the Technical Discussions topic.

CONSIDERATION OF PROPOSED RESOLUTIONS PENDING APPROVAL

CONSIDERACION DE LOS PROYECTOS DE RESOLUCION PENDIENTES DE APROBACION

The PRESIDENT: Under the first item for this session we have five resolutions, and I would ask if the Rapporteur would read out the first.

Item 8: Report on the Collection of Quota Contributions (conclusion)

Tema 8: Informe sobre la recaudación de las cuotas (conclusión)

El RELATOR: El proyecto de resolución sobre el tema dice así:

"THE XX PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Having considered the report of the Director on the collection of quota contributions (CSP20/28 and ADD. I and II);

Noting that, of the three countries with approved plans for liquidating their arrears, two had made payments by the time of the Pan American Sanitary Conference; and

Bearing in mind the importance of prompt and full payment of quota contributions to assure the financing of the authorized program and budget to maintain the Organization in a sound cash position,

RESOLVES:

1. To take note of the report of the Director on the collection of quota contributions (Document CSP20/28 and ADD. I and II).
2. To permit, after noting the report of the working party on the application of Article 6.B of the Constitution, the Delegates of Dominican Republic, Haiti and Paraguay to vote in the XX Pan American Sanitary Conference.
3. To thank the Governments that have already made payments in 1978 and to urge the other Governments whose circumstances so permit to pay their current quotas as early as possible in the year they are due so that the work of the Organization can continue and the financial burden of its program can be spread fairly among all Members.
4. To direct the attention of Governments once again to the provision of Article V, paragraph 5.4 of the Financial Regulations of PAHO which reads: "Contributions shall be considered as due and payable in full . . . as of the first day of the financial year to which the relate . . . . As of 1 January of the following financial year, the unpaid balance of such unpaid contributions shall be considered to be one year in arrears."
5. To request the Director to continue to inform the Governments of any balance due."

"LA XX CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el informe sobre la recaudación de las cuotas presentado por el Director (CSP20/28 y ADD. I y II);

Observando que, de los tres países que han aprobado un plan para liquidar sus cuotas atrasadas, dos han efectuado pagos antes de reunirse la XX Conferencia Sanitaria Panamericana, 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 sólida situación en lo que respecta a dinero en efectivo,

RESUELVE:

1. Tomar nota del informe sobre la recaudación de las cuotas presentado por el Director (Documento CSP20/28 y ADD. I y II).

2. Permitir, después de haber tomado nota del informe del grupo de trabajo sobre la aplicación del Artículo 6.B de la Constitución de la OPS, que los Delegados de Haití, del Paraguay y de la República Dominicana voten en la XX Conferencia Sanitaria Panamericana.

3. Agradecer a los Gobiernos que ya han efectuado pagos en 1978 y encarecer a los demás Gobiernos cuyas circunstancias así lo permitan que abonen las cuotas del ejercicio en curso lo más pronto posible en el año en que son pagaderas, a fin de que pueda continuar la labor de la Organización y que la carga financiera de su programa se distribuya equitativamente entre todos los Miembros.

4. Señalar de nuevo a la atención de los Gobiernos las disposiciones del Artículo 5.4 del Reglamento Financiero de la OPS que dicen: "Las cuotas deberán considerarse como vencidas y pagaderas en su totalidad... al primer día del ejercicio económico al cual correspondan.... El 1 de enero del siguiente ejercicio económico se considerará que el saldo que quede por pagar de esas cuotas lleva un año de mora".

5. Solicitar al Director que continúe informando a los Gobiernos acerca de cualquier saldo adeudado".

El Dr. GUZMAN (Chile): Me extraña un poco la forma en que aparece redactado el proyecto de resolución. Yo participé en el grupo de trabajo correspondiente, y la última copia que yo obtuve de ese proyecto no decía exactamente lo que aparece en este texto, aunque el contenido es el mismo, el ordenamiento es diferente. No he sido informado de que posteriormente se introdujeran modificaciones al texto.

El RELATOR: En relación con lo manifestado por el Delegado de Chile, debo decir que al redactar el proyecto de resolución, la intención fue conservar el espíritu del mismo y adecuarlo a las resoluciones similares que han sido aprobadas en anteriores reuniones. De cualquier manera, si el Dr. Guzmán desea someter alguna modificación, estamos en actitud de considerarla.

El Dr. GUZMAN (Chile): Me parece que lo lógico sería que si se nombra un grupo que tiene como misión redactar un proyecto de resolución, lo menos que debe hacerse es respetar el texto original. Yo entiendo que se cambie un punto, que se cambien comas, que se agreguen algunas otras palabras, que se mantenga la idea general. Pero cuando se cambia todo el texto, en el cual se había señalado como algunos países habían cumplido su compromiso en relación a otros, creo que no es adecuado.

Quiero dejar expresa constancia de mi protesta por la falta de deferencia hacia uno de los miembros del grupo al cual no se le consultó para cambiar el texto.

Decision: The proposed resolution was unanimously approved.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución.

Item 9: Annual Report of the Chairman of the Executive Committee (conclusion)  
Tema 9: Informe Anual del Presidente del Comité Ejecutivo (conclusión)

El RELATOR: El proyecto de resolución sobre el tema dice así:

**"THE XX PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,**

Having examined the Annual Report of the Chairman of the Executive Committee (Document CSP20/30) on the work of the Committee from October 1977 to date, during which period the 79th and 80th 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 CSP20/30).

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

**"LA XX CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,**

Habiendo examinado el Informe Anual del Presidente del Comité Ejecutivo (Documento CSP20/30) sobre la labor desarrollada por el Comité desde octubre de 1977 hasta la fecha, período en el cual celebró sus 79a y 80a 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 CSP20/30).

2. Felicitar al Presidente, así como a los demás miembros del Comité, por la excelente labor realizada".

Decision: The proposed resolution was unanimously approved.  
Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución.

- Item 10: Quadrennial Report, 1974-1977, and Annual Report, 1977, of the Director of the Pan American Sanitary Bureau (conclusion)  
Tema 10: Informe Cuadrienal, 1974-1977, e Informe Anual, 1977, del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana (conclusión)

El RELATOR: El proyecto de resolución sobre el tema dice así:

"THE XX PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Having examined the Quadrennial Report, 1974-1977, and Annual Report, 1977, of the Director of the Bureau on the activities of the Pan American Health Organization during the period between the XIX and XX Pan American Sanitary Conferences (Official Documents 158 and 158-A); 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 Documents 158 and 158-A) to the Governments of the Pan American Health Organization, and to commend him and the staff of the Bureau on the work accomplished in the past four years."

"LA XX CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el Informe Cuadrienal, 1974-1977, e Informe Anual, 1977, del Director de la Oficina sobre las actividades de la Organización Panamericana de la Salud durante el período comprendido entre la XIX y la XX Conferencias Sanitarias Panamericanas (Documentos Oficiales 158 y 158-A), 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 (Documentos Oficiales 158 y 158-A) 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 approved.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución.

Item 26: Election of Three Member Governments to the Executive Committee on the Termination of the Periods of Office of Bahamas, Colombia, and Costa Rica (conclusion)

Tema 26: Elección de tres Gobiernos Miembros para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término el mandato de Bahamas, Colombia y Costa Rica (conclusión)

El RELATOR: El proyecto de resolución sobre el tema dice así:

"THE XX PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

In accordance with the provisions of Articles 4.D and 15.A of the Constitution of the Pan American Health Organization; and

Considering that the Governments of Guatemala, Peru, and the United States of America were elected to serve on the Executive Committee on the termination of the periods of office of Bahamas, Colombia, and Costa Rica,

RESOLVES:

1. To declare the Governments of Guatemala, Peru, 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 Bahamas, Colombia, and Costa Rica for the services rendered to the Organization during the past three years by their representatives on the Executive Committee."

"LA XX 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 Estados Unidos de América, Guatemala y Perú han sido elegidos para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término los mandatos de Bahamas, Colombia y Costa Rica,

RESUELVE:

1. Declarar a los Gobiernos de Estados Unidos de América, Guatemala y Perú elegidos para integrar el Comité Ejecutivo por un período de tres años.

2. Agradecer a los Gobiernos de Bahamas, Colombia y Costa Rica los servicios prestados a la Organización en los últimos tres años por sus representantes en el Comité Ejecutivo".

Decision: The proposed resolution was unanimously approved.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución.



- Item 11: 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 11: 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)

El RELATOR: El proyecto de resolución sobre el tema dice así:

"THE XX 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 aforestated procedure,

RESOLVES:

1. To declare Dr. Héctor R. Acuña Monteverde elected Director of the Pan American Sanitary Bureau for a period of four years to begin 1 February 1979.
2. To submit to the Executive Board of the World Health Organization the name of Dr. Héctor R. Acuña Monteverde for appointment as Regional Director for the Americas."

"LA XX 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, en los cuales se estipula que 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, los cuales 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. Héctor R. Acuña Monteverde elegido Director de la Oficina Sanitaria Panamericana por un período de cuatro años a partir del 1 de febrero de 1979.

2. Someter al Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud el nombre del Dr. Héctor R. Acuña Monteverde para su nombramiento como Director Regional para las Américas".

Decision: The proposed resolution was unanimously approved.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución.

- ITEM 14: PROPOSED PROGRAM AND BUDGET OF THE PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION FOR 1979
- TEMA 14: PROYECTO DE PROGRAMA Y PRESUPUESTO DE LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD PARA 1979
- ITEM 15: PROVISIONAL DRAFT OF THE PROGRAM AND BUDGET OF THE PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION FOR 1980-1981
- TEMA 15: ANTEPROYECTO DE PROGRAMA Y PRESUPUESTO DE LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD PARA 1980-1981
- ITEM 16: PROVISIONAL DRAFT OF THE PROGRAM BUDGET OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION FOR THE REGION OF THE AMERICAS FOR THE FINANCIAL PERIOD 1980-1981
- TEMA 16: ANTEPROYECTO DE PRESUPUESTO POR PROGRAMAS DE LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD PARA LA REGION DE LAS AMERICAS, CORRESPONDIENTE A 1980-1981

The PRESIDENT: We now move on to Item 14, for which you have before you Official Document 154 and Document CSP20/15. I call on Dr. Acuña.

El Dr. ACUÑA (Director): Tengo el honor de someter a la consideración de la Conferencia el Proyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud para 1979, así como el Anteproyecto para 1980-1981, cuyos detalles aparecen en el Documento Oficial 154.

Tradicionalmente se han examinado los programas de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud en forma conjunta, razón por la cual formularé observaciones a los temas 14, 15 y 16 previstos en el orden del día. La Conferencia, sin embargo, deberá pronunciarse por separado sobre cada uno de estos temas, incluyendo el Proyecto de Programa y Presupuesto de la OPS para 1979 y el Anteproyecto de Programa y Presupuesto de la OMS para la Región de las Américas correspondiente a 1980-1981, es decir, la parte del primer Programa y Presupuesto Bienal de la OMS correspondiente a las Américas.

La propuesta ha sido preparada con base en los mandatos del Comité Ejecutivo y del Consejo Directivo de la OPS, dentro del contexto del Plan Decenal de Salud para las Américas y del VI Programa General de Trabajo de la OMS, así como de la Resolución XIV de la XXV Reunión del Consejo Directivo relacionada con la IV Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas. En su elaboración participaron activamente los Gobiernos, como resultado de la adopción del nuevo Sistema de Programación y Evaluación para la Región de las Américas de la OPS (AMPES). En su 80a Reunión, el Comité Ejecutivo examinó exhaustivamente esta propuesta, y su Presidente y los otros representantes del Comité responderán gustosamente a cualquier pregunta que la Conferencia estime necesario formular al respecto.

La propuesta de Programa comprende las áreas prioritarias definidas en el Plan Decenal de Salud, y por lo tanto destaca la canalización de recursos y esfuerzos para intensificar la extensión de los servicios de salud a toda la población; fortalecer los programas de control y erradicación de enfermedades; mejorar la salud materno-infantil; atender los problemas de nutrición; mejorar las condiciones ambientales, y desarrollar los recursos humanos necesarios. Tal como lo han señalado los Informes de los Gobiernos Miembros, las características de cada país determinarán las prioridades y el enfoque que deba seguirse para la solución de los problemas, y por consiguiente, el tipo de cooperación que los Gobiernos requerirán por parte de la Organización.

En el área prioritaria de la extensión de la cobertura de servicios de salud con la estrategia de la atención primaria y participación de la comunidad, que es la de mayor preocupación de los países y de la Organización, se dará énfasis a la aplicación de esta estrategia, de acuerdo con los problemas migratorios y de carácter socioeconómico. Asimismo, la OPS tratará de concentrar sus recursos y esfuerzos en las áreas del Plan Decenal en las cuales los Gobiernos deseen prestar mayor atención en el período final del presente decenio. Dentro de este contexto, identificaré a continuación algunos de los elementos de mayor significación en cada una de las áreas prioritarias.

En el control de enfermedades, deseo mencionar, en primer término, el Programa Ampliado de Inmunizaciones, que dará mayor énfasis a la cobertura de vacunación a niños menores de un año para las seis enfermedades prevenibles más importantes: difteria, tétanos, tos ferina, tuberculosis, poliomielitis y sarampión. Ello requiere incrementar nuestros esfuerzos para aumentar la producción local de vacunas. Mientras esto se logre, se fortalecerá el Fondo Rotatorio a fin de facilitar la adquisición de vacunas y otros materiales a precios razonables, utilizando moneda local. Atención especial recibirá el programa de control de enfermedades entéricas, para lo cual se seguirá un enfoque multidisciplinario dentro de la estrategia de la atención primaria y participación de la comunidad.

En los programas de malaria en las Américas se acelerará la aplicación práctica de la nueva estrategia y se apoyará a los países en sus gestiones para obtener fondos adicionales para dichos programas. La Organización continuará dando énfasis a los métodos eficaces de control de las enfermedades no transmisibles, tales como la fiebre reumática, la hipertensión, la diabetes mellitus y algunas formas de cáncer.

Por medio de los programas de salud humana y animal se procurará aumentar la disponibilidad de proteínas de origen animal para consumo humano, así como la reducción de la incidencia de las zoonosis en el hombre. Con la colaboración del Banco Interamericano de Desarrollo se pondrá a disposición de todos los países de la Región la tecnología de producción de vacuna oleosa preparada por el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa.

En cuanto a salud materno-infantil, se contempla la reducción de los riesgos en los grupos más vulnerables, madres y niños, así como la promoción de la salud y el bienestar familiar, siguiendo un enfoque multidisciplinario dentro de la estrategia de la atención primaria. Se continuará dando alta prioridad a los problemas de desnutrición, promoviéndose para su solución un enfoque intersectorial y multidisciplinario mediante acciones más efectivas del Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe y el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá.

En el campo de la salud ambiental, la Organización dará la necesaria atención a la extensión de los sistemas de agua y los servicios de saneamiento básico, con particular énfasis en las áreas rurales y en la periferia de los centros urbanos. Se promoverá la canalización de recursos de las instituciones internacionales de crédito para el desarrollo de pequeños sistemas de agua, construcción de letrinas, mejoramiento de la vivienda y control de la contaminación del aire, del agua y del suelo. A partir de 1979, el Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente, con sede en Lima, Perú, tendrá en completo desarrollo el programa sobre operación y mantenimiento de sistemas de agua, con el apoyo del Gobierno del Perú y del BID. Por su parte, el Centro Panamericano de Ecología Humana y Salud, establecido en México, continuará sus investigaciones relacionadas con el impacto en la salud de los proyectos del desarrollo industrial y de cuencas hidrográficas.

Como lo mencionara anteriormente, se dará prioridad a los programas de la extensión de la cobertura de servicios de salud con la estrategia de la atención primaria y la participación de la comunidad, incluyendo los ajustes que se harán a esta estrategia a la luz de los problemas migratorios, socioeconómicos y de salud de los países. Se cooperará en el análisis de los aspectos más importantes de la administración de los servicios de salud, que comprende también el fortalecimiento de los procesos de planificación y programación, el desarrollo de la capacidad operativa de los sistemas, la vinculación de los componentes del sector y el incremento de las inversiones financieras en el sector salud. Se intensificarán los estudios en áreas rurales y urbanas para lograr un mejor conocimiento de las características del sistema tradicional y comunitario, así como el perfeccionamiento de técnicas que permitan asegurar la participación de la comunidad en las acciones de extensión de la cobertura de servicios. Esperamos dar el mayor impulso posible al desarrollo de la tecnología apropiada para la aplicación de la estrategia de atención primaria y para la estructuración y operación de sistemas de servicios de salud. Conscientes de que la tecnología apropiada es uno de los instrumentos de mayor efectividad para que nuestros países solucionen los complejos problemas que se plantean para el futuro, se promoverán y se apoyarán de preferencia, las iniciativas que los Gobiernos Miembros consideren necesarias poner en práctica en este campo.

En el área de recursos humanos se promoverá la capacitación masiva de personal de primer y segundo nivel para satisfacer la demanda y requerimientos de los programas de extensión de los servicios a las poblaciones desprotegidas. Se iniciará y consolidará en varios países de la Región el

programa de educación continua y se promoverá una mejor coordinación entre las instituciones formadoras de recursos humanos y los servicios de salud. Se ampliará el programa de libros de texto a fin de cubrir todas las profesiones del sector salud y los diferentes niveles de capacitación. En el campo de promoción y coordinación de investigaciones en salud se impulsarán los estudios relacionados con la organización y operación de los servicios de salud, así como en el área de enfermedades tropicales.

La Organización fortalecerá sus vínculos con los organismos especializados de los Sistemas Panamericanos y de las Naciones Unidas; las agencias bilaterales; las instituciones de préstamo y, muy especialmente, con los grupos subregionales. Estos últimos están adquiriendo gran importancia en el ámbito internacional y sugieren un mayor apoyo de la Organización y una mejor coordinación de las acciones.

Para poner en práctica el programa cuyos lineamientos más sobresalientes hemos mencionado, se ha elaborado el presupuesto descrito en el Documento Oficial 154 que, con la venia de la Conferencia, analizaremos en mayor detalle posteriormente. El monto del presupuesto para 1979 alcanza la cifra de EUA\$72.9 millones, incluyendo todos los fondos, tal como aparece en el Cuadro 1 (página 6). Me permito destacar que en el documento se registra una reducción del 4% en comparación con el presupuesto de 1978, lo cual se debe esencialmente a una aparente disminución que es conveniente aclarar. Las cifras que registra el Cuadro 1 sobre fondos fuera del presupuesto regular de la OPS y la OMS, corresponden a aquellos fondos comprometidos para 1979 en el momento de preparar el Documento Oficial 154, o sea en marzo de 1978. La experiencia de los años anteriores muestra que los aportes reales de fondos extrapresupuestarios son habitualmente superiores a lo que originalmente se estimó. Por ejemplo, el Comité Ejecutivo aprobó en 1977 la cantidad de \$17.7 millones de fondos extrapresupuestarios para 1978. Los recursos reales que la Organización está obteniendo en 1978 alcanzan ya la cifra de \$30.3 millones, como resultado positivo de las negociaciones iniciadas anteriormente, lo que significa una diferencia de 12.6 millones. Es de esperarse que para 1979 también se registre un incremento en este rubro, que consecuentemente incidirá en el aumento del presupuesto total para dicho año. El Anexo que hemos distribuido a ustedes, sobre los fondos extrapresupuestarios, refleja el cambio que experimentaría el Programa con la aprobación de fondos adicionales. Juzgo necesario hacer notar la importancia que tienen los fondos extrapresupuestarios como recursos esenciales para el apoyo de programas promovidos y desarrollados por los Gobiernos. Un examen de su evolución muestra que en el cuatrienio 1974-1977 el presupuesto ejecutado por la OPS registró un aumento total de \$98.5 millones en relación con el cuatrienio anterior. Este incremento se debió esencialmente al aumento de fondos extrapresupuestarios, los cuales se incrementaron de \$50.3 millones en el período 1970-1973 a \$102 millones en el cuatrienio 1974-1977, o sea un aumento absoluto de \$51.7 millones.

Esta situación favorable ha sido el resultado de una acción combinada de los Gobiernos y la Organización, que tenemos la certeza continuará

con mayor ímpetu y efectividad en el futuro. Sugiero que el programa expresado en esta forma sea examinado en términos financieros; para lo cual solicito al Jefe de Administración que presente el presupuesto.

Mr. MULDOON (Chief of Administration): I would like to review with you briefly the composition of Official Document 154 which you have before you. This document contains the operating budget for 1978, the current fiscal year, the proposed program and budget for PAHO regular funds for 1979, the program budget for WHO regular funds for 1979 approved by the World Health Assembly last May and the estimated projections for 1980-1981. A special table which the Director mentioned to you a few moments ago on extra-budgetary funds has been included, at the request of the Executive Committee.

This Pan American Sanitary Conference is called upon to appropriate funds for the 1979 PAHO regular program. The Conference is also called upon to make any observations and recommendations it may deem appropriate concerning the estimated projections for 1980-1981 for both PAHO and WHO regular funds. These funds are identified in the budget document with the symbols PR and WR.

It may be helpful for you to keep in mind the previous planning with the Governments concerning the budget for 1979, the year for which direct appropriation action is required by this Conference for PAHO regular funds, and these, as you will have seen from reviewing the document, are proposed at a level of \$33,672,100. Indeed, all the various sources of funds for 1979 were discussed with the Governments in mid-1976 and reviewed by the Executive Committee and the Directing Council in 1977, through Official Document 148. In mid-1977, the 1979 year was again discussed and reviewed with the Governments in order to update the proposals in the sense of meeting the latest requirements of the Governments. The results of these consultations are now reflected in the budget document before you.

It should be noted that the level of the proposed PAHO regular funds (\$33,672,100) has not changed since it was first discussed with the Governments in 1976, despite inflationary pressures and additional cooperation requested by various Governments. Finally, the program and budget for 1979 will again be discussed with your Governments during the current year so that the Organization will be able to respond to their most recent requirements. Thus the 1979 program and budget has been reviewed by the Governments on four different occasions. Before the Division Chiefs of the Organization make their major technical program presentations, I would like briefly to draw your attention to some highlights in the document so that it will be easier for you to consider and review it.

We have tried to organize the document to facilitate your review of major programs proposed or projected, in accordance with the structure of the Ten-Year Health Plan, as well as the various detailed elements required to carry out these programs. The proposed appropriation and assessments resolutions for 1979 PAHO regular funds are shown on pages 4 and 5 of the document. You may wish to look briefly at these pages. They contain the

appropriation and the actual resolutions. The assessment scale is explained in Annex 9 on page 502. It should be noted that the effective working budget of \$33,672,100 is an increase of 8 per cent over 1978. However, due to the inclusion of credits from the Tax Equalization Fund, the adjustment for taxes, and miscellaneous income, the gross percentage increase pertaining to country assessments actually works out at 7.2 per cent over 1978.

On page 4 of the document, the parts of the proposed appropriation as shown, namely Part I, Program of Services; Part II, Development of the Infrastructure; Part III, Administrative Direction; and Part VI, Special Fund for Health Promotion, reflect the most direct level of technical cooperation with the countries. These three parts comprise 82.4 per cent of the PAHO regular program budget.

I would now like to draw your attention to Table I, on page 6, which presents all the various funds available to the Organization in the current year 1978, the 1979 proposal, and the projections for 1980-1981. The funds proposed and/or available for 1979 amounted to \$72,994,570 when Official Document 154 was first prepared--a 4 per cent decrease from those available in 1978. This was due entirely to decreases in extrabudgetary funds when the document was printed, and of course they were included in it because that was what we used at the time. However, as previously mentioned by the Director, based on current estimates of extrabudgetary funds, using these same criteria, the total budget for 1978 would amount to \$76,822,018, and that for 1979 to \$82,460,770 an increase of 7.3 per cent over 1978 rather than a decrease. By the time we start the operating year in January 1979, the amount of increase may very well be even larger. These figures are detailed in the Tables that were handed out to you on extrabudgetary funds.

The funds in Table I which are of most direct concern to us here are of course the PAHO regular funds. These are the funds that are appropriated by this particular Conference. As mentioned earlier, as indicated in Table I, on the first line, the proposed increase for PAHO regular funds in 1979 is 8 per cent. It is the same increase as was previously requested for 1978. The projected increases for 1980 and 1981 are 7.9 per cent. We believe that these increases are conservative; they may not cover increased costs due to regional inflation and such mandatory increases as salaries, post adjustments, per diem rates, and fellowships costs.

The WHO regular funds increased by 12.1 per cent in 1979 and are projected at an increase of 9.7 per cent for the years 1980-1981. These figures are reflected again in Table I, on page 6. The funds for 1979 for WHO were approved recently, as you know, by the World Health Assembly. The higher increase in 1979 is due primarily to the \$185,000 increase from WHO for the Regional Director's Development Program and \$436,000 which we would receive from WHO for the establishment of Publications and Documentation Service shown under AMRO-8670 (page 441). I will discuss that in more detail later.



I would like just very briefly to summarize the figures, which I am sure it is difficult to focus on, because they are so many. This is how the figures in Official Document 154 break down. I realize that it must be somewhat difficult for you to see in the back of the hall but it is simply a chart showing the amount of money by major program categories which we will be discussing. It gives some indication of how the funds originally shown in Official Document 154 were allocated between the various major program areas, and I will go over it very briefly, particularly for those in the rear who cannot read this very well.

For Disease Control, as you can see, 23.4 per cent of the budget was allocated; for Environmental Health, 8.4 per cent; for Family Health, 19.4 per cent; for Health Services, 16.0 per cent; for Human Resources and Research, 10.3 per cent; for Supporting Services, 2.5 per cent; for Program Support Services, 9.5 per cent; for Executive and Administrative Direction, 9.6 per cent; and last but not least, for Governing Bodies, 9.0 per cent. These figures do not show the additional funds I mentioned for extrabudgetary funds; they are in the Tables handed to you, but the percentages do not change very much.

The Table on the screen is meant to show to you the differences that occur in the budget after adding into it the extrabudgetary funds shown in the Tables handed out to you. Let me just show you briefly what I mean by this. In Official Document 154, you have a total of \$73 million for 1978. When you add in the additional extrabudgetary funds that have been either approved or proposed, because we have included in the tables the proposed funds also, the total then becomes \$82.5 million for 1979, and you can see that the increases are in grants and contributions from the United Nations Development Program (UNDP) or the United Nations Fund for Population Activities (UNFPA). These are the major areas of increase, accounting for the difference between the original budget before you and the revised estimates. We will give more detail on this, if you like, later in the day.

Just very briefly, let me draw to your attention some other tables and charts in the book that you may find it convenient to refer to in considering the budget. On page 7, there is Table 2, which distributes total funds in the various program categories in accordance with the nomenclature in the Ten-Year Health Plan. If you turn to pages 8-11 you will find Table 3, which distributes the total investments by program; but it has a further breakdown into types of cooperation provided, such as Advisory Services, Development of Human Resources, Research, and Other Program Services. The funds which have the most direct impact upon the countries would be under Advisory Services and Development of Human Resources. Together these two categories represent roughly 79 per cent of the budget.

On page 12 of the document you will find the distribution of staff, short-term consultants, and fellowships by program. Table 5 on the following page summarizes investments by source of the funds as well as by object of expenditure. By this I mean personnel, duty travel, fellowships, and so forth. In essence, Table 5 is an explanation of the data provided in Table 1. It is just a different way of looking at it.

Turning now to pages 14 to 52 you will find narrative and monetary descriptions of each of the programs under the Ten-Year Health Plan. Following each program narrative description there is a monetary summary of the funds devoted to each of the programs and a list of individual projects which deal with the particular program. It should be noted that in some programs the project number does not agree with the program number. This is illustrated on page 21; for example, if you look at nutrition you will note that the program number for Nutrition is 1400, while under the list of projects there appears Ecuador-1503. This simply means that the project Ecuador-1503, Rural Health, has a nutrition input; in this case it happens to be a post for a nutritionist.

The country programs are shown on pages 54 through 382. They are all organized in the same way. The countries are presented in English alphabetical order in both the Spanish and the English documents. For each of the countries you will find a presentation of the basic data, when available, a narrative statement concerning the health situation of the country, followed by a list of its national health programs. In addition, there is an individual country program budget in the format of the Ten-Year Health Plan, a table showing the investments by source of funds and object of expenditure, a table showing additional advisory services available from the area in which this particular country is located; each of the countries' budgets is organized along these lines.

Following the countries, on pages 383 through 393, you will find a detailed presentation of the Area Offices and Area Consultants. The regional projects follow this, starting on page 394 and continuing through page 444. Then you come to Technical and Administrative Direction, which starts on page 445 and goes on to page 452. This portion of the program is shown following the Division structure at Headquarters, and includes the Office of the Director, the six technical program Divisions, the Office of the Chief of Administration, which includes the support activities of Budget and Finance, Personnel, Procurement, and so forth. Also included are activities of the Liaison Office, Public Information, and Program Surveillance. While this portion of the program budget is many times referred to as "overhead," it is in reality a necessary program support service and amounts to somewhat less than 10 per cent of the 1979 budget. However, if you use the present estimate of extra-budgetary funds, the 1979 budget estimate is the \$82 million I showed you a few minutes ago, and the program support service is 8.8 per cent of that figure because of the increase in the total budget. I will go into more detail after the Division Chiefs present their programs.

The part of the program devoted to the Governing Bodies begins on page 454. This includes two annual meetings of the Executive Committee, the Meetings of the Directing Council and the Conference, and the supporting services of the Conference and Translation Section.

Turning briefly to page 458, Part V, Increase to Assets, includes only the budgeted amount of \$500,000 already approved for 1978. This part concerns the Organization's Working Capital Fund and is the subject of a separate agenda item; it will be discussed in more detail when that item is presented.

Part VI of the Budget, the Special Fund for Health Promotion, is shown on page 460. As you may know, these funds amounting to \$250,000 are budgeted each year to repay the Kellogg Foundation for the loan it made to the Organization for the construction of the Headquarters building. The loan repayments, however, are made to this Special Fund and are used directly in programs rather than being paid back to the Kellogg Foundation directly.

At the back of the book, starting on page 462, you will find several annexes, These are probably self-explanatory, but you may have some questions and I will, of course, be pleased to answer them.

Projects which could not be included within the budget proposed are shown in Annex 4, and these amount to \$3.8 million. Then, on page 467, if you wish to review these programs by fund source, this table may be helpful. You then come to Annex 6 on page 489; this reflects the programs of the Organization in the technical cooperation division structure as opposed to the Ten-Year Health Plan structure. This causes some confusion sometimes, since it is shown on an organizational basis rather than on the basis of the program categories you find in the Ten-Year Health Program.

Finally, this program and budget is submitted to the XX Pan American Sanitary Conference for detailed examination and decision.

Dr. CHARLES (Executive Committee): At the 80th Meeting of the Executive Committee, the proposed program and budget for PAHO for 1979 and the provisional draft program and budget of PAHO for 1980-1981 and of the World Health Organization for 1980-1981 as presented by the Director and Mr. Muldoon here this morning were also presented for consideration. I think it is significant to inform the Conference here that, while the 80th Meeting of the Executive Committee sat for 17 sessions, a total of 8 were devoted to the consideration of these program and budget documents. I think this reflects the attention given to the documents and the depth in which they were studied.

The Committee noted the composition presented at the time, of the 1979 budget, as comprising a total of \$72.9 million, of which \$33.6 million originated from the PAHO regular budget, \$14 million from other sources within PAHO, \$16.3 million from the WHO regular budget, and \$9 million from other World Health Organization sources. Particular note was taken of the fact that the component from the PAHO regular budget, namely \$33.6 million, represented, as Mr. Muldoon has repeated this morning, approximately an 8 per cent increase over 1978, but that that level had been established as long ago as mid-1976, when the proposed program and budget for 1979 had been discussed with the Governments, and did not, therefore, take into consideration the fact, which we all appreciate, that between 1976 and 1979 there have been serious and unfortunate changes in the value of money in various countries. Apparent reductions are reflected in the document presented, particularly in the elements financed by extrabudgetary funds from UNDP, UNFPA and other sources. But as pointed out during our presentation on the proposed biennial programming, and as repeated this morning by Mr. Muldoon, there is only an

apparent reduction at this stage, since Official Document 154 reflects only those projects for which such extrabudgetary funds have already been firmly negotiated. During the Executive Committee Meeting in July, Mr. Muldoon presented a very impressive chart indicating to the Committee that over the past ten years, each year without fail the actual amount of extrabudgetary funds expended in any given year exceeded appreciably the total presented in the printed document, which is studied both by the Executive Committee and by the Directing Council or the Sanitary Conference.

The presentations by the six Divisional Chiefs, covering respectively Health Services, Disease Control, Family Planning, Development of Human Resources, Environmental Health, and Supporting Services, were considered of such value in assisting members of the Committee to understand more thoroughly the programs presented that a request was addressed to the Director that those presentations could, with advantage, be typed and distributed to members. It may well be that the Members of the Conference and subsequent Directing Councils may also endorse that particular suggestion. The six professionals obviously know in detail the various elements of the programs for which they are responsible and have developed what I would call a knack of describing, in technical terms related to the financial components of the budget, a presentation which all of us in the Executive Committee found of particular value. Nevertheless, they were subjected to very searching questions, all of which were eventually answered to our satisfaction.

Particular note was taken of the projects appearing in Official Document 154 which are funded out of the Director-General's Development Program, the source of that funding, as I am quite sure the Conference will recall, arises out of changes which the Director-General of the World Health Organization has been instructed to introduce in the pattern of Headquarters staff with a view to ensuring that, by 1982, at least 60 per cent of the total WHO budget shall be devoted to technical cooperation in the countries, rather than to expenditures at Headquarters. In the grey book (Official Document 154) as referred to by Mr. Muldoon, the three important projects accruing to this Region appear at pages 424, and AMRO-5101 is a project for research in methods for developing community participation in primary health care. On the same page there is a smaller project, providing funds to permit the Director to meet the obligation which was placed on PAHO by the Director-General of WHO in designating the Pan American Sanitary Bureau as the focal point for developing a program for technical cooperation among developing countries.

The second project of importance to the Region, from the same financial source, appears on page 437, as AMRO-6900, Training in Supervision and Consultation in Local Health Service Units, and the third project appears on page 442, as AMRO-8703, Development of an Appropriate Technology for Primary Health Care. Those three projects had been selected by the Executive Committee and subsequently adopted by the Directing Council in 1977 out of a list of 10 which had been presented for the study of the Committee, by the Bureau.

The Committee was appreciative of the fact that these recommendations had been implemented, by inclusion in the budget, as I have just described, and looks forward to the results of those projects in the long-term contribution to the development of the program in the Americas.

One event to which the attention of the Conference should be directed, is developments arising out of two specific resolutions introduced from the floor of the Executive Committee. One related to a request to the Director to increase the provision made for research and assistance in the problem of arterial hypertension, and a second referred to increased assistance to project AMRO-6210, Medical Education in the Caribbean. I am pleased to be able to report to the Conference that these resolutions have not been shelved. I have been informed officially that the requests made have to some extent been implemented in that the provisions under the project for Medical Education in the Caribbean have been increased for 1979, although perhaps not to the full extent that those of us interested in the Caribbean area might have anticipated. But we are still hoping that as matters develop, perhaps further means may be found to approach closer to our expectations in this respect. Secondly, I have been informed that a project for arterial hypertension has been formulated for inclusion in the 1979 budget, with projections for 1980 and 1981. I mention these to the Conference with a certain degree of satisfaction inasmuch as the results of the deliberations of the Executive Committee were acted upon, with commendable promptitude, by the Director.

As a result of the deliberations on the program and budget, the Executive Committee adopted resolutions which have been included in your brown book of documents under the symbols CSP20/14, 15 and 16. At this stage I can merely refer to those resolutions which recommended that the Conference adopt the program and budget estimates for 1979, and the proposed draft projections for 1980-1981 both for PAHO and for WHO, as presented.

#### Disease Control Control de enfermedades

El Dr. ACHA (Jefe, División de Control de Enfermedades): El presupuesto de los programas de la División a mi cargo se presenta en el Documento Oficial 154, en el Anexo 6 (página 489), e incluye las series de proyectos 0100 a 1200 (páginas 14 a 20), 1700 (páginas 23 y 24), 2600 (página 27), 3100 a 3600 (páginas 28 a 31), 4200 y 4300 (páginas 32 y 33), el proyecto 5171 (página 429) y la serie 7300 (página 45).

El propósito principal de la División de Control de Enfermedades es disminuir la morbilidad y mortalidad causada por enfermedades que pueden ser controladas con métodos efectivos por medio de un enfoque multidisciplinario. El programa comprende nueve grupos de actividades: enfermedades transmisibles; malaria y otras enfermedades parasitarias; biología y control de vectores; enfermedades no transmisibles; salud humana y animal; servicios de laboratorio de salud; control de alimentos y drogas; vigilancia epidemiológica, y preparativos para casos de emergencia.

Estas actividades se ejecutan dentro del programa de cooperación técnica de la OPS a través de 165 proyectos, de los cuales 116 son de países, 38 regionales y 11 subregionales o de área. Además hay tres centros internacionales bajo la supervisión técnica y administrativa de la División: el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa, con sede en Río de Janeiro; el Centro Panamericano de Zoonosis, en Buenos Aires, y el Centro de Epidemiología del Caribe, en Puerto España, Trinidad y Tabago, el Centro Panamericano de Investigación y Adiestramiento en Lepra y Enfermedades del Trópico (CEPIALET), en Caracas, es un centro nacional asociado a la Organización, dentro del programa de la División de Control de Enfermedades, conforme fuera recomendado por el Consejo Directivo de la OPS en su XXIV Reunión (México, 1976).

El programa de control de enfermedades transmisibles concede atención prioritaria a las siguientes áreas específicas: Programa Ampliado de Inmunizaciones, gastroenteritis, enfermedades bacterianas, tuberculosis, lepra, enfermedades de transmisión sexual, enfermedades víricas, enfermedades por rickettsias, micosis, infecciones hospitalarias y prevención de la ceguera.

El Programa Ampliado de Inmunizaciones es uno de los de mayor prioridad y pone especial énfasis en la extensión de la cobertura de las vacunaciones entre los niños menores de un año de las áreas suburbanas y rurales contra las seis enfermedades más importantes que pueden ser prevenidas: difteria, tétanos, tos ferina, tuberculosis, poliomielitis y sarampión. Durante 1979 se continuará la evaluación de los programas nacionales de inmunizaciones y el adiestramiento regional en administración de los programas y tecnología de la cadena de frío para el almacenamiento y distribución de las vacunas, y comenzará a funcionar el Fondo Rotatorio para la compra de vacunas.

En cuanto a las actividades actualmente en marcha de control de la gastroenteritis en el niño, se espera consolidar en 1979 los programas de rehidratación oral y continuar el adiestramiento de personal de laboratorio en la técnica ELISA para el diagnóstico de las infecciones entéricas por rotavirus y la identificación de bacterias Scherichia coli toxigénicas.

Se promoverán en tres países estudios operativos que suministren información para la estandarización del tratamiento de las infecciones respiratorias agudas, que constituyen una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en los países de la Región.

En los últimos años se han producido rápidos progresos en la quimioterapia de la tuberculosis que permiten acortar a seis meses el período de tratamiento estándar. A fin de analizar su aplicabilidad a las condiciones y recursos de los países de América Latina y el Caribe, se convocará una reunión regional con participación de investigadores clínicos y de laboratorio y de jefes de programas de control de tuberculosis. El curso anual de adiestramiento regional, en Caracas, continuará desarrollándose con la participación activa de los centros de formación de personal en epidemiología y control de la tuberculosis en otros países.

Se continuará promoviendo la integración de las acciones de control de la lepra en los servicios generales de salud, para cuyo fin se ha obtenido un importante aporte de recursos extrapresupuestarios. A través del CEPIALET, se colaborará en los programas de adiestramiento de personal y en las investigaciones sobre las características del agente etiológico, el probable desarrollo de una vacuna preventiva, y en la búsqueda de esquemas terapéuticos de mayor eficacia. Se asesorará, además, a los investigadores nacionales que estén en condiciones de preparar propuestas para el Programa Especial de Investigaciones y Adiestramiento en Enfermedades Tropicales de la OMS (TDR).

Continuará también el programa regional de adiestramiento en epidemiología y control de enfermedades de transmisión sexual que se efectúa anualmente en Santiago de Chile.

En 1979 se realizará en la Región un seminario mundial sobre control de la peste, con participantes de todas las regiones donde aún persiste este problema.

Por medio de la red de laboratorios de diagnóstico de virosis en las Américas se ampliará la verificación de rendimiento de las pruebas de diagnóstico de arbovirus y hepatitis y actualmente se está programando el establecimiento de un centro regional de referencia para la fiebre hemorrágica en la Argentina y otro para encefalitis víricas en Venezuela.

Se ampliarán asimismo las actividades del proyecto de prevención de la ceguera, con especial énfasis en el tracoma, la oncocercosis, la xeroftalmía y el glaucoma, como causas principales.

A través del programa de vigilancia epidemiológica será posible evaluar el impacto del Programa Ampliado de Inmunización, así como apoyar los estudios sobre endemias y brotes epidémicos y desarrollar normas para un sistema que integre los programas de atención primaria de salud y la vigilancia de las enfermedades que requieren atención prioritaria en la Región.

En relación con la malaria y otras enfermedades parasitarias, en cumplimiento de la Resolución XXV de la XXV Reunión del Consejo Directivo (1977) en esta Conferencia se presentó--en la Comisión I, bajo el tema 30-- el Documento CSP20/9, sobre control vs. erradicación en los programas de malaria, del cual se tratará oportunamente. Como addendum a ese documento aparece el XXVI Informe sobre la Situación de los Programas de Malaria en las Américas, donde se resume el estado del programa en general y se da cuenta de las actividades en cada país.

La Organización continúa concediendo prioridad a la investigación y al adiestramiento en este campo. La investigación aplicada está ocupando un lugar preferente en los programas nacionales de malaria y en un futuro próximo recibirá la colaboración del TDR de la OMS, en lo que respecta a inmunología, quimioterapia y estudios sobre resistencia de los vectores a los insecticidas. Proseguirán los estudios de inmunología de malaria en los proyectos de Colombia y Panamá, y se iniciarán estudios in vitro de susceptibilidad de los parásitos a las drogas antimaláricas en 100 áreas de 18 países de la Región. Con la ayuda del TDR, la Organización ha programado asimismo tres cursos y distribuirá el material respectivo para la realización de los estudios en las próximas semanas.

Antes de terminar este año, la OPS y la OMS, en colaboración con el Gobierno del Brasil, realizarán los primeros ensayos clínicos con la nueva droga antimalárica mefloquina. Por invitación del Gobierno de México, se han iniciado los preparativos de la III Reunión de Directores de los Servicios Nacionales de Erradicación de la Malaria en las Américas, y de un seminario sobre epidemiología e investigación aplicada en malaria, que se celebrarán en el primer semestre de 1979, probablemente en la Ciudad de México.

En relación con las otras enfermedades parasitarias, la Organización también concede prioridad a la investigación y al adiestramiento. A partir de 1978 se iniciaron estudios epidemiológicos en los países que requieren completar su conocimiento sobre la enfermedad de Chagas y para evaluar la magnitud del problema de la leishmaniasis visceral, especialmente en Centro América. Asimismo están programados cursos regionales de epidemiología de enfermedades parasitarias en el Brasil y Venezuela.

En cumplimiento del mandato recibido del Consejo Directivo, el programa de biología y control de vectores ha seguido dando apoyo a los programas de erradicación y control del Aedes aegypti. Se promoverá en el futuro la revisión de la metodología aplicable a las condiciones actuales, incorporando nuevos desarrollos técnicos y los cambios que haya que introducir en la estructura de los programas. La situación existente y la gravedad de la epidemia de dengue en el Caribe y Centro América, así como el serio peligro de la urbanización de la fiebre amarilla selvática, hacen necesario el activar sobre todo la metodología y la tecnología de control del A. aegypti. Se consolidará el establecimiento del Centro de Investigación y Referencia en Biología y Control de Vectores en Maracay, Venezuela, quizás en colaboración con el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social de dicho país. Este Centro ampliará su programa de investigación para incluir estudios sobre anofelinos sudamericanos y biodinámica del A. aegypti, y técnicas de control de roedores.



En colaboración con el Instituto de Salud y la División de Campañas de Salud de Colombia se llevará a cabo un programa de investigación sobre biología y nuevas medidas de ataque contra el A. aegypti.

En Nicaragua se desarrollará, en colaboración con el programa de malaria y el apoyo del TDR, un proyecto de investigación de campo para definir la metodología de control de malaria en áreas de resistencia múltiple a los insecticidas.

Se ampliarán las actividades de adiestramiento de personal, incluyendo cursos sobre técnicas de control de vectores y roedores, y seminarios de orientación sobre metodología de la erradicación, control de emergencia de Aedes aegypti y epidemiología de la enfermedad de Chagas. También se obtendrá la colaboración del TDR para establecer un curso de maestría en entomología médica y control de vectores.

La importancia de las enfermedades crónicas no transmisibles es cada vez mayor. Su distribución y prevalencia en los países de la Región es heterogénea, razón por la cual los estudios de prevalencia han ocupado la parte principal de los programas de la Organización en este campo. Se continuará cooperando con los países en estudios epidemiológicos para determinar la magnitud de algunas enfermedades para las que se dispone de métodos eficaces de prevención y control, como la fiebre reumática y la cardiopatía reumática, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y algunas formas de cáncer como el cérvico-uterino. Se continuará la promoción y coordinación de estudios piloto interpaíses para el control de la fiebre reumática y la cardiopatía reumática. En relación con la hipertensión arterial, se hará un estudio similar con base en un protocolo común que ha sido preparado por la Organización. Durante 1979 los países participantes en el programa de control de la fiebre reumática finalizarán la preparación de un manual sobre normas y procedimientos para el control de esta enfermedad, en los distintos niveles de atención, con especial énfasis en la participación de personal auxiliar de los servicios de salud.

Los programas de salud humana y animal tienen como propósito general aumentar la disponibilidad de proteínas de origen animal para la alimentación humana, reducir la incidencia de las zoonosis en el hombre y conservar las especies animales para su supervivencia y utilización en investigaciones biomédicas. Un progreso importante se ha alcanzado en cuanto a la fiebre aftosa, con el desarrollo de la vacuna oleosa preparada por el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa. Actualmente se gestiona el apoyo del Banco Interamericano de Desarrollo para poder poner a disposición de los países la tecnología de producción y control de esta vacuna.

En 1979 estará en pleno funcionamiento el Fondo Especial de Investigación de Salud Animal, y con el apoyo financiero del BID y la colaboración técnica de la Organización se ampliarán los proyectos de salud animal en Guatemala, Nicaragua, Panamá, República Dominicana y países del Grupo Andino. En el programa regional sobre conservación y reproducción de primates no humanos americanos empleados en investigaciones biomédicas continuará operando el Centro de Iquitos, Perú, se iniciará la cría en el Centro de Belem, Brasil, y se dará comienzo a la construcción de las instalaciones del Centro de Colombia.

El programa de servicios de laboratorios de salud comprende cuatro áreas de trabajo: laboratorios de salud pública, producción y control de sustancias biológicas, bancos de sangre e inmunología. Se continuará colaborando con los países en la evaluación de sus instalaciones y en el mejoramiento de las redes de laboratorios nacionales de salud, logrando con esto también la ampliación de sus servicios. En 1979 se efectuará un seminario regional para los jefes de laboratorios centrales sobre normas de seguridad en laboratorios de salud, y una reunión técnica sobre producción y control de reactivos biológicos.

Con recursos del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo y del Gobierno del Reino de los Países Bajos se realizarán proyectos en el área del Caribe para el desarrollo de laboratorios de salud en general y proyectos específicos de inmunología en Cuba, Jamaica, Suriname y Trinidad y Tabago.

Dentro de las actividades de adiestramiento se colaborará con el curso nacional de inmunología clínica de Venezuela, y de inmunología parasitaria de CEPAL y del Instituto de Medicina Tropical de Sao Paulo, Brasil.

El programa regional de control de medicamentos tendrá como principal responsabilidad la aplicación de las recomendaciones que se aprueben en la presente Conferencia en relación con el tema de las Discusiones Técnicas: "Repercusión de los medicamentos en los costos de la salud: Problemas nacionales e internacionales". El Informe de las Discusiones Técnicas será presentado a la Conferencia posiblemente el día de mañana. Entre las actividades programadas para la Unidad de Control de Medicamentos se destaca el primer taller sobre control de medicamentos en las Américas, que se efectuará con la colaboración de la Administración de Alimentos y Drogas de los Estados Unidos de América y la participación de los responsables nacionales del control de medicamentos y directores generales de salud.

Se espera que en 1979 esté funcionando plenamente el Instituto de Calidad de Medicamentos del Brasil, con la colaboración del PNUD y el Laboratorio Regional de Control de Medicamentos del Caribe, en Kingston, Jamaica, con la colaboración de la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional. Igualmente, se colaborará con el proyecto de extensión del Laboratorio Unificado de Control de Alimentos de Guatemala, que también recibe apoyo del PNUD y que incluirá lo relativo al control de medicamentos.

El programa de protección de alimentos ofrecerá un curso regional de instrucción sobre protección de alimentos para inspectores en idioma español en la Escuela de Salud Pública de Medellín, y en inglés en la Escuela de Salud Pública y Medicina Tropical de Tulane, New Orleans. Se completará en 1979 la publicación sobre normas sanitarias mínimas para control de alimentos que la Organización está preparando conjuntamente con países de las Américas.

El programa de preparación para emergencias y coordinación del socorro en casos de desastres tiene por objeto principal formular un plan de acción para los distintos tipos de catástrofe. Las actividades para 1979 comprenden la publicación de manuales técnicos sobre cuestiones específicas, como el saneamiento y el control y vigilancia de enfermedades en situaciones de desastre. Se colaborará con los países de la Región en el establecimiento de unidades técnicas en el sector salud que se ocupen de la planificación y coordinación en casos de emergencia, y se asesorará a los países que sean víctimas de un desastre en la gestión y coordinación internacional de la asistencia de salud a las poblaciones afectadas, así como en la evaluación de las necesidades y determinación del orden de prioridad en las acciones de socorro.

Para todas estas actividades de la División de Control de Enfermedades se solicita que se apruebe la asignación de \$7,934,400 del presupuesto ordinario de la OPS para 1979, que corresponde a un 23.6% de este presupuesto, y de \$8,060,200 para 1980, que representa el 22.2%.

Además, el rubro de control de enfermedades tiene asignados \$4,120,300 del presupuesto ordinario de la OMS, \$1,915,000 del PNUD y \$3,157,794 de subvenciones extrapresupuestarias, lo que hace un total de \$17,127,594, y que representa el 23.4% del presupuesto total de la Organización.

Dr. KHAZEN (Canada): I have only three short comments, relating to Items 14, 15, and 16. As already stated at the 80th Meeting of the Executive Committee, Canada continues to concentrate its attention and interest on the overall development of programs and organization. We have reviewed and studied the proposed program and budget and the financial reports over the past several years, and we have found that these reports are informative and helpful. At the same time they reveal the problems of budget forecasting, the problems of responding to the wishes of Member Countries and at the same time fulfilling the resolutions adopted by the Governing Bodies.

The second point is that because successful implementation of numerous important programs depends on capable budgeting and effective organization, the Canadian Delegation would like to commend the outstanding efforts made within the Organization to make it more flexible and adaptable to the needs of Member States and the implementation of regional projects.

My third point is that Canada is interested in the desirability for PAHO to become more than a reactive Organization. It is perhaps time for it to become more active in its approach to meeting the needs of Member Countries. This is not meant as a criticism; the Canadian Delegation simply wants to emphasize the potential existing in PAHO that can and should be used to the full.

The session was suspended at 10:40 a.m. and resumed at 11:00 a.m.  
Se levanta la sesión a las 10:40 a.m. y se reanuda a las 11:00 a.m.

FOURTH REPORT OF THE COMMITTEE ON CREDENTIALS  
CUARTO INFORME DE LA COMISION DE CREDENCIALES

Le Dr Jeanne BROUELLE (France): La Commission de Vérification des Pouvoirs, composée du Dr Michelsen, du Dr van Kanten et du Dr Broyelle s'est réunie le 2 octobre. Elle a examiné et approuvé la demande présentée par la Commission Médicale Chrétienne d'envoyer un observateur.

The PRESIDENT: If there are no objections, the report is adopted.

Decision: The fourth report of the Credentials Committee was unanimously adopted.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el cuarto informe de la Comisión de Credenciales.

The PRESIDENT: I now call on Dr. Nasif Sadik, Assistant Executive Director of the United Nations Fund for Population Activities, to address us.

STATEMENT BY THE OBSERVER FOR THE UNITED NATIONS FUND FOR POPULATION  
ACTIVITIES  
PRESENTACION DE LA OBSERVADORA DEL FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA  
ACTIVIDADES DE POBLACION

Dr. SADIK (Observer for the United Nations Fund for Population Activities) (UNFPA): It is a great pleasure for me on behalf of the United Nations Fund for Population Activities to be present at this XX Pan American Sanitary Conference, and I bring to you the sincere good wishes from our Executive Director, Mr. Salas, who regrets that he cannot be with you here today. I would also like to take this opportunity on behalf of my organization to offer to you, Dr. Acuña, our congratulations on your reelection. The Fund expects that the excellent relations developed between our two Organizations will be strengthened under your continuing leadership.

UNFPA has been collaborating with the Pan American Health Organization since its inception, and as our activities in Latin America and the Caribbean have gradually increased over the years, so our association with PAHO has grown and been strengthened. It is significant that your meeting this year should be taking place in the Caribbean, to which, like you, UNFPA attaches the greatest importance. The Fund has grown rapidly since it came into existence from an annual budget of \$2 million in 1969 to a program that is well over \$105 million in 1978. During the first nine years of operation, from 1969 to 1978, the cumulative resources have totaled about \$500 million. For the next four-year period, 1979 to 1982, the projected program size is US\$600 million and it will be increasing from approximately \$120 million in 1979 to almost \$200 million in 1982. Director Salas has every indication

that these contributions will be forthcoming. It may be appropriate here to note that while the major portion of UNFPA's resources come from the nine traditional large donors a significant and increasing amount is now being contributed by other countries, including several from this region.

The contributions of the developing countries are usually made in nonconvertible currency, to be used in the country itself. In this region, the Latin American and the Caribbean region, by the end of 1977 a total of US\$63 million has been spend, making it our second largest program after Asia. For this year, 1978, an amount of approximately \$20 million has been programmed, and the projected expenditure for the four-year period 1979 to 1982 is about a \$110 million. In this region there has been a shift in the types of requests. In the earlier years there was much demand for assistance in the field of population data collection, but over the years this has given way to increasing demands for family health programs including family planning, as part of the strategy for provision of primary health care.

In 1977 it may be of interest to you to know that 65 per cent of the UNFPA resources for this region were spent in the field of family planning, 17 per cent in population dynamics and research, and the remainder in communications, education, the collection of basic population data, program development, and population policy. Since a large number of programs are in the health sector, PAHO has played an important role in technical backstopping in this region. The number of countries in Latin America in which the Pan American Health Organization is the executing agency for UNFPA-funded projects is now 13, and regional programs executed by PAHO cover nearly all countries in this region, with special concentration on the Caribbean. UNFPA supports projects in the field of population at both national and regional level in many different ways. Salaries of experts and consultants are paid by UNFPA as well as many local costs, local salaries, travel, fellowship, courses and seminars. All types of equipment have been provided, including audiovisual, medical and office equipment; and in some circumstances construction costs have been paid.

The Pan American Health Organization's role is to supply technical expertise, administration and management support, to train local personnel, and to provide technical backstopping to UNFPA in monitoring and evaluating projects. The objective is that the projects should be taken over and conducted by nationals in each country at the earliest possible opportunity. The increase in the resources available to the Fund has been matched by an increase in the number of developing countries which are seeking assistance. And to meet these needs the Fund has developed three complementary mechanisms for setting priorities in the allocation of resources. One of these refers to the types of activities to be given support because of their importance in the promotion of national self-reliance. The second is the designation of a group of countries as priority countries for UNFPA population assistance. These priority countries have been determined by applying a set of demographic indicators for which data are available and which are considered indicative of a country's population problem. There are four designated priority countries in Latin America, and another two countries are singled out for special attention since they come within 2 per cent of the indicators. Developing countries

which are not included in the priority list will by no means be excluded from UNFPA assistance.

In order to implement these concepts, the Governing Council of UNFPA has directed that the first step in the country programming cycle is to determine the needs in the field of population. In each case these exercises are to be carried out by governments and for governments in collaboration with UNFPA. The Fund has developed guidelines for determining needs in the population field. These guidelines take into account the fact that it is for each government to decide what its population policies are, what its population objectives are to be, and the need to implement these policies and objectives. These assessment exercises are being suggested to all interested developing countries with a view to identifying, mainly within the UNFPA program of work, the most essential steps to be taken. For example census-taking vital statistics, data analysis, delivery of family planning services, family health programs, communications support services, training, and popular education.

Since this exercise would also be of use to other major organizations and governments concerned with population assistance, the study is not necessarily limited to the area of UNFPA program support in order to be of maximum usefulness. Furthermore, it need not be limited to needs in the governmental sector alone but could also take into account the role and contributions of nongovernmental bodies, particularly in promoting activities at grass roots level. In each case, the need for population assessment assistance will be identified within the context of the country's population goals, policies, and existing capacities. After determining the population objectives and existing policy capacity to carry it out, a program will be drawn up out of the most essential steps to set the country on the road to self-reliance in the formulation and implementation of this policy. The Fund has undertaken such exercises in a large number of countries, beginning with those designated as high priority. In Latin America such exercises have been conducted and completed in two countries and are under way in another four countries. By the end of 1979, it is expected that at least 12 countries will have been covered by such exercises.

The third step in the mechanism to develop priorities is a strategy for funding of intercountry programs. In the early years of the Fund's existence, emphasis was on creating awareness of population-issues. The major part of UNFPA resources went to regional, interregional and global projects. In recent years, when requests for direct assistance from developing countries began to grow rapidly, the proportion of assistance going to country projects increased and the proportion assigned to intercountry programs declined from about 60 per cent in 1974 to 32 per cent in 1977.

On the direction of the Governing Council of UNFPA, we began to elaborate a strategy for future support of intercountry projects. This strategy, developed in consultation with the United Nations and its specialized agencies, was approved by the Governing Council in June 1978. Its principal elements are to make intercountry programs much more responsive to the need of developing

countries and to address themselves to the most important and urgent gaps in knowledge and research. A series of meetings have been scheduled by UNFPA in each of the major regions to plan and program such activities, the first of them being concluded recently in Santiago, Chile, where it was agreed to set up an inter-agency coordinating group for regional activities, to which each of the agencies interested in population work will contribute or designate a representative. UNFPA has agreed to provide the secretariat for such a group and has appointed a liaison officer, who will be posted to Santiago. Through this mechanism it is expected that the interdisciplinary approach to population issues will be developed and that the United Nations system will be able to respond to the dynamic nature of the need in population programs.

The regional program in Latin America and the Caribbean has spent about US\$23 million out of the total expenditure for this region of about \$80 million during the period 1969 to 1978. About 25 per cent of the amount is for programs undertaken by PAHO; while the percentage of resources going to inter-country programs will remain at about 25 per cent in absolute amounts, these resources will show a considerable increase because the UNFPA program size is increasing rapidly.

Mr. President, I would like to take this opportunity to inform this Conference of some important events which will take place in 1979 and which demonstrate the rapidly growing interest of parliamentarians around the world in population activities and the linkage between population and development. Following on smaller informal meetings held in London and Bonn, parliamentarians from nine countries --Canada, Colombia, the Federal Republic of Germany, India, Japan, Mexico, Sri Lanka, the United Kingdom, and the United States of America-- met in Tokyo last March to begin preparations for an inter-parliamentary conference on population. This Conference, which is being organized in cooperation with the Inter-Parliamentary Union (CIPU), is now scheduled to be held in Sri Lanka in August 1979 and will be attended by parliamentarians interested in population and development from all geographical regions of the world. A regional meeting is planned to be held, probably in Colombia, in the spring of 1979.

Today the concept of population activities has broadened considerably from the collection and analysis of basic population data and dissemination of information and the need for fertility regulation to the solution of problems of migration, distribution and structure of population growth. This broader concept and the need to view population issues within the wider framework of economic and social development as urged by the World Population Conference and the World Population Plan of Action have given a wider focus to the Fund's activities, while making it desirable at the same time to determine more clearly the areas of principal concern to UNFPA. These areas have been determined on the basis of the needs as expressed by the developing countries themselves.

In the field of maternal and child health and family planning, UNFPA has supported many governmental and nongovernmental clinics, services and training of personnel, and in a few countries of this region is now moving to support



sex education, community distribution, community-based services, paramedical training, research, and a few projects designed to reach youth, particularly in the Caribbean, one of them being located here in Grenada. Almost all the countries in this region are concerned with population issues, and their concern is being translated into requests for assistance at an increasing rate. The greatest demand is in the field of maternal and child health and family planning with a variety of objectives from reduction of fertility to improved maternal and child health, reduction of abortion and reduction of maternal mortality and morbidity. UNFPA hopes to respond adequately and effectively to these requests in the future, with the continuing assistance of this prestigious Organization with its long and distinguished record of work in the field of health all over Latin America.

- ITEM 14: PROPOSED PROGRAM AND BUDGET OF THE PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION FOR 1979 (continuation)  
TEMA 14: PROYECTO DE PROGRAMA Y PRESUPUESTO DE LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD PARA 1979 (continuación)
- ITEM 15: PROVISIONAL DRAFT OF THE PROGRAM AND BUDGET OF THE PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION FOR 1980-1981 (continuation)  
TEMA 15: ANTEPROYECTO DE PROGRAMA Y PRESUPUESTO DE LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD PARA 1980-1981 (continuación)
- ITEM 16: PROVISIONAL DRAFT OF THE PROGRAM BUDGET OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION FOR THE REGION OF THE AMERICAS FOR THE FINANCIAL PERIOD 1980-1981 (continuation)  
TEMA 16: ANTEPROYECTO DE PRESUPUESTO POR PROGRAMAS DE LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD PARA LA REGION DE LAS AMERICAS, CORRESPONDIENTE A 1980-1981 (continuación)

El Dr. VALLADARES (Venezuela): Señor Presidente, cuando terminó la exposición el Dr. Acha, usted ofreció la palabra a los delegados, y el Delegado de Canadá hizo una breve exposición sobre el proyecto de presupuesto en su conjunto. Mi Delegación también desearía hacer una breve exposición sobre el presupuesto en su conjunto y tiene un proyecto de resolución que presentar. Deseamos saber si podemos hacer uso de la palabra en este mismo momento para hacer ese comentario general, o debemos esperar hasta que se completen las intervenciones de todos los Jefes de División.

The PRESIDENT: The officers of the Conference see no reason why Dr. Valladares should not make his statement at this point. I therefore give him the floor.

El Dr. VALLADARES (Venezuela): Quiero referirme a algunos asuntos concretos del presupuesto, porque tomamos parte muy activa en la discusión del mismo durante la 80a Reunión del Comité Ejecutivo.

Hablamos extensamente en aquella ocasión sobre los fondos extrapresupuestarios, y tanto el Dr. Acuña como el Sr. Muldoon han hecho hoy una exposición muy completa sobre la forma como han evolucionado dichos fondos, los cuales consideramos que están llegando ya a una proporción muy importante del presupuesto total. Lo que nos preocupa no es que aumenten, todo lo contrario, eso nos satisface; lo que sí nos preocupa es que entre el momento en que se aprueba el presupuesto y un momento futuro después de aprobado el presupuesto, tres o cuatro meses después, la diferencia llega a ser de EUA\$12.5 millones. Consideramos que o deberíamos tener una aproximación mejor para calcular esos ingresos, o contar con un mecanismo--que nosotros nos proponemos llevar al seno del Comité Ejecutivo--por el cual el Comité, por lo menos, tenga conocimiento y acción sobre la aplicación de EUA\$12.5 millones en los programas de la Organización.

El otro aspecto que nos preocupó mucho, y que constituye un tema aparte en el programa de esta Conferencia, se relaciona con los cargos de los apoyos a programas (lo que se llama en inglés el "overhead"). Es muy probable que esta Conferencia apoye y autorice la aplicación de este porcentaje sobre los programas que se financian con fondos extrapresupuestarios, y como esos programas están siendo cada vez más importantes en cantidades de dinero, puesto que incluso el BID, el Banco Mundial, etc., están aportando fondos, creemos que es necesario darles un destino preciso a esos nuevos ingresos.

Por otra parte, la Delegación de Venezuela considera que el 8% de aumento del presupuesto ordinario, no es un aumento exagerado, pero sin embargo, es evidentemente mayor que el promedio de aumento de los presupuestos de nuestros países, y bastante mayor que el promedio de aumento de los presupuestos de los ministerios de salud. Con la nueva tasa que ha aplicado las Naciones Unidas para algunos países, como el mío, ha resultado que la cuota para 1979 tiene un aumento del 30% sobre la de 1978. Por lo tanto, sería conveniente que consideráramos las posibilidades de ingreso que pueda tener la Organización, especialmente estos ingresos que se van a obtener, así como los intereses que puedan devengar las cuotas de los Gobiernos Miembros cuando están depositadas en los bancos y que pudiéramos establecer un fondo con esos dos renglones para utilizarlo única y exclusivamente en reforzar cada año el presupuesto ordinario de la Organización. Un mecanismo similar existe en la OMS. En esa forma tendríamos un destino fijo para los intereses que devenga el dinero de los países y lo que se paga por las cantidades que nos prestan los bancos o que nos proporcionan las otras organizaciones de las Naciones Unidas y sobre las cuales vamos a cobrarles un porcentaje por administración. Aunque el resultado no sea muy grande en términos numéricos, es muy posible que el aumento de las cuotas de los países resulte más moderado con esta aplicación.

En ese sentido nosotros vamos a hacer llegar a la Secretaría un proyecto de resolución en los términos siguientes:

"LA XX CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Teniendo en cuenta que el aumento progresivo de las contribuciones anuales sobrepasa el crecimiento regular de los presupuestos nacionales y que, en el caso de la Región de las Américas, esto tiene significado especial pues cubrimos cuotas anuales para la OMS y la OPS;

Observando que los intereses devengados por las contribuciones depositadas en bancos y los cargos por costo de apoyo a los programas financiados por fondos extrapresupuestarios alcanzan cantidades importantes que seguirán aumentando en el futuro, y

Convencidos de que la aplicación de los ingresos señalados en el párrafo precedente pueden y deben contribuir a reducir la tasa de aumento de las contribuciones asignadas a los países,

RESUELVE:

1. Disponer el establecimiento de un fondo especial constituido por los intereses que produzcan las contribuciones de los Gobiernos Miembros depositadas en los bancos y por el porcentaje que se cargue por concepto de apoyo a los programas financiados por fondos extrapresupuestarios de todo tipo, incluyendo préstamos de instituciones de crédito.

2. Instruir al Director para que este fondo especial se utilice únicamente para contribuir a la financiación de los presupuestos regulares de la Organización, dentro del proceso de la preparación ordinaria de los proyectos de presupuestos que se someterán a consideración de los Cuerpos Directivos".

Como se va a tomar una decisión sobre este asunto, y el proyecto de resolución tiene que ser traducido al inglés y distribuido, la Delegación de Venezuela deja a criterio de la Comisión General el decidir en cuál de los temas del programa considera conveniente que sea considerado este proyecto: en el tema que estamos discutiendo ahora sobre el programa y presupuesto, o en el momento de considerar el Tema 37, que se refiere a los gastos de administración de los fondos de subvenciones. En todo caso mi Delegación pide que siga su curso normal este proyecto de resolución.

The SECRETARY: We have listened to the presentation by the Delegate of Venezuela with a great deal of interest. The text of the resolution that Dr. Valladares has prepared is already in our hands, and we will arrange to have it translated into English and distributed as a proposed resolution as soon as possible.

I would merely like to say, however, that a great deal of what Dr. Valladares has said will be discussed under two items which will come up on the agenda, namely Item 19, which deals with the Working Capital Fund, and Item 37, which deals with the costs of administrating grant funds. My suggestion

to the Conference would be that when these two items come up on the agenda it would be appropriate to discuss the whole suggestion, because Dr. Valladares has indeed raised some questions and points which must be examined in the light of these two agenda items.

Environmental Health  
Salud del Ambiente

Mr. BUTRICO (Chief, Division of Environmental Health): This presentation covers the environmental health services activities shown in Official Document 154, Table 2, pages 7 to 10, and specifically program classifications 2000, 2100, 2300, 2500 and 3000.

The expenditures on environmental health programs being reported on amounts to about \$7.2 million in 1978, approximately \$6.1 million in the proposed budget for 1979, about \$5.2 million in 1980, and \$5.2 million in 1981. In percentage of the Organization's overall budget this represents approximately 9.5 per cent in 1978 and will be about 8.4 per cent in 1979, 7.4 per cent in 1980 and 7.3 per cent in 1981. This drop is the result of the fluctuation in externally funded projects (projects started and completed). We anticipate substantial increases in subsequent years such as happened in 1978. For example, in Official Document 148, the proposed budget for 1978 was approximately \$4.3 million. In Official Document 154 it is about \$7.2 million, an increase of approximately \$3 million. These are new projects, principally in the water sector, that had not started when Official Document 148 was presented for your consideration. We anticipate that the same will happen in subsequent years 1979, 1980, and 1981.

A priority activity of the Division will continue to be the extension of water supplies and sanitation services, particularly in fringe and rural areas (program 2100, page 25). Planned activities include assisting countries in preparing national plans for the extension of water supply systems during the International Water Supply and Sanitation Decade; providing technical guidance in the operation and maintenance of water systems; assisting countries in the preparation of project proposals for submission to national, international, regional and bilateral funding and lending institutions; and collaborating in PAHO's efforts to extend health services through the integration of health activities in other developments at the community level.

In connection with the water decade, the Organization will be assisting the countries in undertaking a rapid assessment of their ongoing water supply and sanitation programs to determine their preparedness to proceed with accelerated development and to identify constraints which may hamper such development. We expect to assist the countries in preparing their national plans by encouraging the establishment of a national focal point to bring together the numerous agencies concerned with the sector and to hold national meetings to exchange ideas. The Organization hopes to hold an international conference in 1980 to review the national plans which ECOSOC will submit to the United Nations General Assembly and to consider an action on strategy for the decade.

The problems associated with the design, installation, operation and maintenance of water systems are becoming critical. There is increasing evidence of water supply systems that are no longer operational shortly after construction because of breakdowns, lack of spare parts and the know-how to make repairs. There are also problems in the distribution systems, with leakage losses of 50 to 70 per cent being reported among the more serious operations and maintenance problems. Since these situations represent a tremendous loss of energy, increased costs and an ineffective use of the resource, greater effort will be made to assist the countries in finding feasible solutions.

Also, in the next year we expect to work with the World Bank and the Inter-American Development Bank in compiling specific information on the good and bad experiences in the design of water systems in order to make this information available to Governments so that changes can be made early in the planning stages. From the problems being encountered it is obvious that many installations are oversophisticated, which makes operation and maintenance difficult and, of course, expensive.

We expect that the Government of Peru/Inter-American Development Bank-supported project at the Pan American Center for Sanitary Engineering and Environmental Sciences (CEPIS) will make it possible to develop more practical and appropriate technology for water supply installations as well as the preparation of simplified guides and manuals for use in training waterworks operators.

A complementary effort supported by CIDA (Canada) will continue in the Caribbean in the development of subregional training delivery system for waterworks personnel, which includes the preparation of "cook-book" type manuals for the operation and maintenance of water systems. It should be mentioned that this subregional training delivery system approach in the Caribbean has been designated as a demonstration project by the International Conference Center at The Hague within the framework of their international collaborative manpower development program. We are hopeful that this worldwide recognition of the project will make it possible to obtain funding for extended phases of the program.

The cooperative program with the World Bank, which started this year, is expected to be fully operational in 1979. PAHO will be participating in studies to identify projects in 13 countries of the Region (Argentina, Ecuador, Bolivia, Mexico, Panama, Honduras, Colombia, Jamaica, Haiti, El Salvador, Guatemala, Brazil and Chile.) In the proposed program extending through 1983, the Bank expects to loan about \$1.2 billion to 16 countries of the Region, including about \$60 million for technical assistance. We will continue to encourage the Bank to increase further the trend toward more loans for small water supplies in rural areas.

In connection with primary health care, the Division is exploring various approaches to integrate the development of sanitary services with other health services taking into account simplicity of design, minimum maintenance, the use of local resources, and community participation. Two studies being undertaken jointly with UNICEF in Bolivia and Colombia may provide some appropriate methodology and approaches.

The collection and disposal of solid wastes in the Region constitute a growing problem that will continue to require regional attention. (This is program 2200 on page 25.) We expect that a significant number of countries will be requesting assistance to develop national or regional plans and to train personnel. We are optimistic that lending agencies will increase their interest in making loans in this sector. For example, the World Bank and the Canadian International Development Agency (CIDA) are considering support for Colombia's first stage national plan to establish solid waste management services in 22 cities in the country. Other similar projects are anticipated, hopefully with the support of CIDA and UNEP, the latter also having expressed interest in solid waste management projects.

Industrial development has increased significantly in most countries of the Region along with a corresponding increase in air and water pollution. In an effort to respond more positively to country needs, the PAHO Air Pollution Control Program at CEPIS (program 2300) is being reoriented to provide scientific information on pollutants and their impact on the environment and human health. It is planned that REDPANAIRE, the Air Sampling Network, will be redesigned to incorporate sampling stations using newer methods and additional parameters, and an air quality program will be developed in cooperation with the WHO/UNEP monitoring network. Also, guidelines on methodology for inventory of stationary and mobile sources will be prepared, and assistance will be provided for the preparation of proposals for the development of air resources management capabilities in the countries.

In water pollution control (program 2300, on page 26) attention will continue to be given to the development of lower cost methods for the treatment of wastes, the planning of pollution control programs, the identification of specific water pollution problems and possible solutions. Jointly, CEPIS and ECO, the Ecology Center, will assist countries in the development of comprehensive environmental pollution control strategies including the development of environmental health criteria and standards.

The expanding interest of the World Bank in pollution control is again noteworthy because it opens up new opportunities for Governments to obtain financing. Presently the Bank is considering loans for air and water pollution in Sao Paulo, Brazil. One innovative aspect of this particular effort is the proposal to provide financial support to industry through a government enforcement agency, provided the proposed pollution control program meets with the approval of the Government. The Organization will be following this development closely, with the expectation of collaborating with the World Bank in identifying appropriate government institutions in other countries through which a similar arrangement may be possible for the control of industrial pollution.

In occupational health (program 2300, page 27), PAHO will continue its cooperative effort with the Andean Pact countries in furthering the development of a proposed institute oriented to solving problems peculiar to the Andean countries and one that will further technical cooperation among the

countries themselves. One of the joint efforts in which CEPIS is participating is the standardization of protective devices used by workers.

Another cooperative effort is planned in Costa Rica where, with IDB support, an industrial hygiene course is being organized at the Technological Institute. It is hoped that this effort, along with a similar one in Panama, will stimulate further joint program activities in occupational health among the Central American countries, particularly as these relate to the problems of agriculture workers.

Three AMRO projects dealing with radiation which formerly appeared in the program and budget have been combined and now appear as one project, AMRO-2500, on page 26. In the radiation area, PAHO is collaborating to develop a basic radiological system utilizing an X-ray machine which is rugged, easily installed and operated, and capable of performing well under adverse conditions. A prototype machine which appears to meet specifications recommended by an advisory group is available, and plans are being made to evaluate its performance in the field within a system serving rural or marginal-urban communities. In addition, efforts are continuing to strengthen radiotherapy services and to cooperate in the establishment and improvement of national radiation protection programs.

The development of the Center for Human Ecology and Health is progressing. Plans for a permanent facility in Toluca, in the State of Mexico, are completed and construction has started, with completion of the building expected in early 1979. The Center is receiving numerous requests for assistance from Member Countries on methodologies for conducting or actually helping to conduct environmental and health impact assessments.

In response to these requests, ECO, with assistance from UNEP, is developing specific guidelines for making the environmental and human health impact assessments of development projects. The first project is the writing of a guide for decision makers and policy makers on the need, importance and value of conducting assessments to prevent serious environmental and health problems. The first guideline on a specific subject is the environmental and health impact of dam projects. This includes a detailed outline of impacts as well as alternative methodologies which can be used.

ECO and UNEP are also working together to establish a network or association of regional and national institutions having an interest in human ecology and environmental health. The institutions, both academic and governmental, will have in common the capacity to undertake educational training and research programs to improve the status of health in the Americas through multisectoral consideration of problems arising as a consequence of development. The goal is to support national institutions and develop human resources which can effectively introduce health and environmental goals into the development process.

To further the TCDC concept, PAHO is seeking funds from UNDP to support a project which will make it possible to identify and strengthen the existing

institutions in selected countries of the Region in an effort to establish a network of specialized collaborating institutions. These focal points will work closely with the PAHO Centers (ECO and CEPIS) in carrying on investigations to solve specific problems in the country or subregion, conducting training programs, and participating in the regional network of information exchange centers.

The joint PAHO-CARICOM effort to develop a plan of action to solve some of the environmental health problems in the Caribbean is continuing. The plan will be finalized at a conference to be held here in Grenada next week. On the basis of the document presentations we expect to prepare final documentation for presentation to the Ministers of Health in 1979. PAHO is expecting to collaborate in the implementation of the action plan, which covers the development of water supplies, sewage disposal, industrial wastes treatment, beach pollution control, and solid wastes management.

Family Health  
Salud de la familia

Dr. KING (Chief, Division of Family Health): The Division of Family Health, as its name implies, has responsibility for the promotion and development of activities that directly relate to the health of the family as a unit. To carry out these responsibilities, the Division is counting on a budget of \$14 million for 1979. Of this sum, \$3 million or 21 per cent comes from the PAHO Regular Budget. I would draw your attention to the summary of the Division's budget, which is shown on page 491 of Official Document 154.

A significant amount of the activities of the Division of 39 per cent or \$5.5 million comes from the United Nations Fund for Population Activities. This is smaller than the UNFPA-supported budget for this year, which was \$7.7 million. However, it should be pointed out that funding is now being considered for several new projects as well as additions to existing ones. If approved, and chances are excellent that it will be, 1979 figures will increase substantially.

As you are aware, the principal individual components of the Division are maternal and child health, nutrition, oral health and mental health. If we analyse their budget needs separately, it will be seen that 50 per cent of the entire sum, or \$7 million, will go to the field of maternal and child health. Nutrition, with \$6 million and 43 per cent of the total, is a close second in respect to the total expenditures. Oral health, with a budget of \$461,000, comprising 3 per cent of the total, and mental health, with a budget of only \$258,000 or 1.8 per cent of the total, are much smaller though significantly important aspects of this Division's responsibilities.

Detailed reports on the Division are given on pages 20-23 of Official Document 154. You will note that there are 11 AMRO's and 23 country projects in maternal and child health. These focus primarily on assisting in the development or the improvement of maternal and child health services throughout the Region.



One of the Centers for which this Division has responsibility is the Latin American Center for Perinatology and Human Development located in Uruguay. In this Center, activities dedicated to research into all aspects of the health care of the mother, fetus and newborn are carried out. Additionally, the Center dedicates itself to the development of technologies which can be applied at the country level. New projects at the community level are being developed under the leadership of CLAP in several countries of the Region. In addition, they are developing programs aimed at reducing maternal and infant mortality among those women who are considered to be a high risk owing to medical conditions, history of previous problems, poor nutritional status, etc.

Within the responsibilities also of the Maternal and Child Health Unit is the field of family planning. In response to requests from various Governments, PAHO is assisting in the development of family planning programs as well as their implementation and evaluation. Substantial backing for this particular activity is being received from the United Nations Fund for Population Activities. The routine addition of family planning services to maternal and child health programs will, we believe, contribute substantially to the well-being of mothers and children. Frankly, I consider that no preventive health program is complete without including the availability of family planning services.

In those countries which do not include family planning activities, technical assistance is given in expanding programs of maternal and child health care. Assistance is also given in developing research and pilot projects related to human reproduction, growth and development. Support is also provided through this Division in training and service activities directed at the health needs of adolescents and youth.

In the field of nutrition, the Division is working both directly with the countries of the Region and through the Centers, namely, the Institute of Nutrition of Central America and Panama and the Caribbean Food and Nutrition Institute, to develop programs aimed at reducing the incidence of malnutrition and the promotion of an optimal nutritional status of the population. This work is being carried out through seven AMRO's (including the two Centers) and 11 country projects. If you care to turn to pages 406-407, you will see that the total budgets for INCAP and CFNI are \$4.7 million and \$670,000, respectively. These two Centers are dedicating their efforts both to the investigation of the causes of malnutrition and to its effects on human growth and development, and to developing mechanisms by which nutritional deficiencies can be corrected, such as the fortification of sugar with vitamin A and iron salts and the introduction of nutrition-oriented programs at the community level. In addition, INCAP and CFNI are making a major contribution to the production of specialized and nutrition-oriented personnel for health services and other related sectors through their educational and training programs. This is in close cooperation with the Nutrition Unit at Headquarters.

Unfortunately, the field of mental health (you may care to go back to pages 21-22) has received only minimal priority on the part of Governments through the Region. This is reflected in the very small allocation of only \$258,000 for four AMRO's and five country projects. Included among our projects in mental health are activities in drug and alcohol abuse, where activities are concentrated primarily in the area of epidemiology and manpower development. In addition, the Mental Health Unit of the Division is collaborating closely with other units in an attempt to include consideration of mental health problems within their projects and programs. For example, the Nutrition Unit and the Mental Health Unit are collaborating in exploratory discussions with UNDP directed toward a study of new methods for detecting developmental problems in young children and directing identified cases to appropriate remedial programs. This project, which includes screening techniques for health assessment and behavioral testing using neurometric evaluation, is presently being developed with the Governments of Cuba, Jamaica and Barbados. In a similar field, a longitudinal study of the role of malnutrition in aberrant child development is being conducted at INCAP.

Dental health, with a total budget of \$461,000, has a single AMRO to provide technical assistance to all Members and eight specific country projects. There is a gross shortage of professional personnel in the field of dental health and an extremely unbalanced distribution of professional personnel between urban and rural locations in the Member Countries. Because of its major impact on dental caries, the Dental Health Unit is assisting in the development of programs of fluoridation of water throughout the Region and presently has programs in 12 countries. Similarly, major emphasis is being given by the Dental Health Unit to the development of dental health manpower.

During 1979 all field and headquarters staff of the Division of Family Health will devote a substantial amount of their time to the development of integrated family health programs. Opportunities are being sought to create an awareness of the need to develop projects that no longer focus upon only one area of technical concern. For example, to develop a maternal and child health program which does not include an adequate consideration of the nutritional needs of the family is to develop a program which is unable to achieve its optimum potential. Many countries of the Region are already aware of this need and are seeking assistance from the Division of Family Health to improve their capacity to broaden the orientation of their staffs and of their programs to encompass this family health concept.

It is anticipated that greater utilization will be made of the Centers, INCAP, CFNI and CLAP during the coming year. INCAP and CFNI will put even greater emphasis than they have in the past on nutrition programs which include maternal and child health, mental and dental health components. They will seek the mechanisms to develop family health programs which will permit the transmission of nutrition information to the family, while at the same time not focusing upon that area to the exclusion of others. CLAP will be expanding its activities and increasing its competence in the field of nutrition, as well as developing field-type programs which will permit the transfer of appropriate technology at the primary health care level.

A workshop is being held this month at CLAP, at which teams of family health-oriented individuals from four countries will be present. It should develop projects which will utilize the appropriate technology developed in maternal and child health programs in the countries from which the invited participants come.

While the Division will continue to respond to country requests in all the specialized areas, it will give priority to the development of projects which focus on health activities of broad benefit to the entire family.

The PRESIDENT: Immediately after the adjournment of this session, the General Committee will meet in Room E.

Dr. BRYANT (United States of America): I would like to take advantage of the last few minutes before adjournment to make a comment. I am not sure if it falls under the topic of Family Health Services, but it seems to me that it may well be the best place. I want to call the attention of the Director and the distinguished Delegates present to the problem of aging and ask that this subject be on our future agenda.

Very briefly, by 1990 in North America, 11.1 per cent of the population will be about 65, and by that year in Latin America 4.2 per cent, or 20 million people, will fall in that age category. By the year 2000 there will be 28 million people in Latin America who are about 65. The problems of aging are not only those of providing health services for a segment of the population that is vulnerable to many health problems both acute and chronic. This population is also heavily dependent on a family and on social services.

The problems of aging are not simply the same problems that we see in younger populations occurring in older people; they are different, physiologically, psychologically and culturally. The problems of aging are not limited to more developed countries as indicated by the population projections above. In all societies the aged and aging are particularly vulnerable in times of disaster, migration, family disruption and under the special conditions of extreme poverty. In these circumstances we are often dealing with the problems of quality of life and not simply of health alone.

I appreciate that the problems of aging should not be given a higher priority than some of the highly disruptive problems that affect the younger population, particularly women and children; my Delegation simply wants to call the attention of the distinguished Delegates and the Director to our desire to have this topic placed on a future agenda for discussion. The United Nations is currently in the process of deciding if 1992 should be designated as the United Nations Year of Aging. If that turns out to be the case, then perhaps PAHO could begin preparatory work in that direction in 1979 or 1980.

The SECRETARY: I just want to thank Dr. Bryant of the Delegation of the United States of America for those comments. The aging program in PAHO comes under the Division of Disease Control, so you may wish to talk with Dr. Acha about this. The other point I wanted to make about this is that we

feel that what Dr. Bryant has just said is quite correct. It is quite true that most of the health problems of the Latin American and Caribbean countries are dealt with from the point of view of statistics. Nonetheless there is no question about the fact that in the cities, particularly the large cities, there is a very substantial portion of the population whose experience in regard to the health problems of aging is substantially similar of that of the United States of America, Canada and Western Europe, so that we see this problem as a very important one, if not today, at least tomorrow it indeed will be.

The final suggestion I would like to make to Dr. Bryant, for what it may be worth, is that within the next day or so we will be in the process of selecting the subject for the Technical Discussions to be held in 1980 at the Directing Council. I looked very quickly at the documents and I have not seen problems of aging as a subject for Technical Discussions at the Directing Council or in the Conference. I have not had time to look at the situation at the World Health Assembly. It might seem that this could be one of the subjects which could be suggested as a possibility.

The session rose at 12:30 p.m.  
Se levanta la sesion a las 12:30 p.m.



# XX PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE

## XXX REGIONAL COMMITTEE MEETING

ST. GEORGE'S, GRENADA  
SEPTEMBER - OCTOBER 1978

Monday, 2 October 1978, at 2:30 p.m.  
Lunes, 2 de octubre de 1978, a las 2:30 p.m.

CSP20/MP/11  
2 October 1978  
ORIGINAL: ENGLISH-SPANISH

PROVISIONAL VERBATIM RECORD OF THE ELEVENTH PLENARY SESSION  
ACTA PROVISIONAL TAQUIGRAFICA DE LA UNDECIMA SESION PLENARIA

President: Mr. H. J. Preudhomme Grenada  
Presidente:

Contents  
Indice

Fourth Report of the General Committee  
Cuarto Informe de la Comisión General

- Item 14: Proposed Program and Budget of the Pan American Health Organization for 1979 (conclusion)  
Tema 14: Proyecto de programa y presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud para 1979 (conclusión)
- Item 15: Provisional Draft of the Program and Budget of the Pan American Health Organization for 1980-1981 (conclusion)  
Tema 15: Anteproyecto de programa y presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud para 1980-1981 (conclusión)

(continued overlead)  
(continúa al dorso)

Note: This verbatim record is provisional. Delegates are therefore requested to notify the Pan American Sanitary Bureau (Conference Services) of any changes they wish to have made in the text. The texts of the verbatim records will be published in the Proceedings of the Meeting.

Nota: Esta acta taquigráfica es provisional. Se ruega a los señores Delegados tengan a bien comunicar a la Oficina Sanitaria Panamericana (Servicio de Conferencias) las modificaciones que deseen ver introducidas en el texto. Los textos de las actas taquigráficas se publicarán en las Actas de la Reunión.

Contents (cont.)  
Indice (cont.)

- Item 16: Provisional Draft of the Program Budget of the World Health Organization for the Region of the Americas for the Financial Period 1980-1981 (conclusion)
- Tema 16: Anteproyecto de presupuesto por programas de la Organización Mundial de la Salud para la Región de las Américas, correspondiente a 1980-1981 (conclusión)
- Item 33: Selection of Two Governments, Each to Designate a Person to Serve on the Joint Coordinating Board of the WHO Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases
- Tema 33: Selección de dos Gobiernos, cada uno de los cuales designará una persona para integrar la Junta Mixta de Coordinación del Programa Especial de la OMS sobre Investigación y Adiestramiento en Enfermedades Tropicales
- Item 36: Amendments to the Financial Regulations of the Pan American Health Organization
- Tema 36: Enmiendas al Reglamento Financiero de la Organización Panamericana de la Salud
- Item 38: Appointment of the External Auditor
- Tema 38: Nombramiento del Auditor Externo
- Item 39: Observers from Subregional Governmental Organizations. Hipólito Unanue Agreement
- Tema 39: Observadores de organizaciones subregionales gubernamentales. Convenio Hipólito Unanue

The PRESIDENT: I call the eleventh plenary session to order.

Dr. KHAZEN (Canada): I would like to make a follow-up comment.

Canada would like to support the proposal made at this morning's session by the Delegate of the United States of America. The problem of health services for the elderly population in its relation with social services is becoming more and more urgent. In fact, Canada will be proposing this topic for the Technical Discussions for 1980, if not for 1981 or 1982. This will be in line with the suggestion I made earlier that the Organization be more active.

FOURTH REPORT OF THE GENERAL COMMITTEE  
CUARTO INFORME DE LA COMISION GENERAL

The SECRETARY: Under the chairmanship of the President of the Conference, the General Committee held its fourth session at 12:45 p.m. on Monday, 2 October 1978. In addition to the Rapporteur of the Conference, Representatives of the following Delegations were present: Brazil, Cuba, Guatemala, United States of America and Venezuela. The Committee reached the following agreements:

1. Not to constitute Committee I of the Conference in view of the progress being made by both plenary session and Committee II.

2. To establish the following order of the day for this afternoon, Monday, 2 October 1978:

(a) Plenary Session: continuation of Item 14: Proposed Program and Budget of the Pan American Health Organization for 1979; Item 15: Provisional Draft of the Program and Budget of the Pan American Health Organization for 1980-1981; Item 16: Program and Budget of the World Health Organization for the Region of the Americas for the Financial Period 1980-1981; and to assign also to the plenary session when it finishes the consideration of the three previously mentioned items, the following: Item 25: Selection of the Topic for the Technical Discussions to be Held in 1980 During the XXVII Meeting of the Directing Council, XXXII Meeting of the Regional Committee of WHO for the Americas; Item 33: Selection of Two Governments each to Designate a Person to Serve on the Joint Coordinating Board of the WHO Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases; Item 36: Amendments to the Financial Regulations of the Pan American Health Organization; Item 38: Appointment of the External Auditor; Item 39: Observers from Subregional Governmental Organizations--Hipólito Unanue Agreement; Item 24: Report of the Technical Discussions; and Item 40: Other Matters.

(b) Committee II will start this afternoon's session with the consideration of proposed resolutions PR/6, PR/7, PR/8 and PR/9 and will then continue with Item 21: Provisional Agenda of the Sixty-third Session of the Executive Board of WHO. Items of Interest to the Regional Committee; Item 31: Report on Technical Cooperation among Developing Countries; Item 32: Pan American Centers; Item 35: Sociocultural Obstacles to Health Services Delivery; and Item 37:

Costs of Administering Grant Funds. At the conclusion of these, Committee II will continue with Item 19: Working Capital Fund; Item 22: Report on the PAHO Award for Administration, 1978, and Proposal for Modification of its Procedure and Criteria; and Item 27: Report on Amendments to the Staff Rules of the Pan American Sanitary Bureau.

3. The Committee approved for distribution this afternoon in plenary session proposed resolution PR/10 so that the plenary session may consider it for approval tomorrow morning, 3 October 1978.

4. The General Committee will hold a session this afternoon at the conclusion of the eleventh plenary session.

ITEM 14: PROPOSED PROGRAM AND BUDGET OF THE PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION FOR 1979 (conclusion)

TEMA 14: PROYECTO DE PROGRAMA Y PRESUPUESTO DE LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD PARA 1979 (conclusión)

ITEM 15: PROVISIONAL DRAFT OF THE PROGRAM AND BUDGET OF THE PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION FOR 1980-1981 (conclusion)

TEMA 15: ANTEPROYECTO DE PROGRAMA Y PRESUPUESTO DE LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD PARA 1980-1981 (conclusión)

ITEM 16: PROVISIONAL DRAFT OF THE PROGRAM BUDGET OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION FOR THE REGION OF THE AMERICAS FOR THE FINANCIAL PERIOD 1980-1981 (conclusion)

TEMA 16: ANTEPROYECTO DE PRESUPUESTO POR PROGRAMAS DE LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD PARA LA REGION DE LAS AMERICAS, CORRESPONDIENTE A 1980-1981 (conclusión)

Health Services  
Servicios de salud

Dr. DE VILLIERS (Chief, Division of Health Services): The fundamental purpose of the Division's program is to cooperate in the development of national health systems and services. The program has therefore been developed in response to the policies established by the Governing Bodies of the Organization and, in particular, the goal established under the Ten-Year Health Plan for the decade: namely, the extension of coverage to non- or underserved populations through the strategies of primary health care, community participation and the development of appropriate technologies.

With the above in mind, the program has been organized into three main broad areas: development of national health systems; improvement of the efficiency and efficacy of the service-producing units within those systems; and research into and systematic development of technologies appropriate to the strategies for extending coverage:



The area of developing national health systems, for example, includes the fields of management development, planning, economic and financial analysis and organization of community systems that produce health services.

The area of improving efficiency and efficacy of the service-producing units comprises the development of nursing systems, medical care, health facilities maintenance and the provision of primary health care services.

The area of developing appropriate technology centers mainly on technological aspects involved in the delivery of health services, particularly at the primary and secondary care levels.

Organization of the program into these three main areas is intended to facilitate the multidisciplinary design of the health services program components and activities. Due to the nature of the problems involved, a multidisciplinary approach is, of course, essential, and coordination on specific aspects with other programs of the Organization indispensable.

In his address this morning the Director has outlined very clearly the main priorities for this program area and I shall for the remainder of my intervention thus refer to the budgetary implications.

On the basis of the requests for direct technical cooperation received from countries, as well as the mandates from the PAHO and WHO Governing Bodies, we therefore submit for the consideration of the Conference the following program/budget for Health Services, a budget amounting to the sum of US\$13,699,619 for 1979, representing 18.6 per cent of the total PAHO budget

This amount would finance 39 intercountry and 144 country projects and represents 3,685 months of personnel costs; 6,967 short-term consultant days; 1,362 fellowships months; and provisions for grants, equipment and supplies. Sixty per cent (60%) of that amount is to be provided from PAHO regular funds, 33 per cent from those of WHO, and 7 per cent from the UNDP and other funds. However, as you remember, from statements made by Mr. Muldoon this morning, with all the funds that have now been suggested or proposed under extrabudgetary funds, I realize that this amount could be increased to 16 per cent of the health services budget.

I should like to refer you to Official Document 154 for a more detailed breakdown of the figures pertaining to each major component of this program. Special emphasis is being placed on activities aimed at cooperating in different aspects of community organization and the development of primary care as fundamental strategies for the extension of coverage.

Beginning on page 32, please note the detail for the "Nursing" component (4100), with planned activities primarily directed to the first and second levels of care. For this component, an amount of \$1,484,200 is recorded, which amounts to 2.0 per cent of the total PAHO budget. This component comprises 9 intercountry and 14 country projects, with 408 months of personnel cost, 120 short-term consultant days, and 43 fellowships months.

On page 34, under the series 4500, the "Rehabilitation" component indicates \$358,100, or 0.5 per cent of the total PAHO budget.

On page 35, the series designated 5000, "Program Planning and General Activities," requires \$4,197,300 (or 5.8 per cent of the total budget). This component is primarily designed to improve the coordination of PAHO's cooperation within countries through adequate programming and evaluation of its activities.

On the same page, you will see the 5100 component entitled "General Public Health Systems," under which are grouped a series of interdisciplinary, direct technical cooperation activities intended to aid in improving national health systems according to the particular circumstances prevailing within individual countries. Special emphasis is being placed on activities aimed at cooperating in different aspects of community organization and the development of primary health care as fundamental strategies for the extension of coverage. This component amounts to \$4,199,937 or 5.8 per cent of the total PAHO budget.

On pages 36 and 37, the component "Medical Care System" is presented under the numeral 5200. This component has as its purpose the improvement of the efficiency and efficacy of the different types of services or units that produce services and make up the national health system. Under this component, \$812,500 (1.1 per cent of the total budget) is requested.

For "Health Planning" (5300), also on page 37, \$807,200 (1.1 per cent of the budget) is requested. The main purpose of this component is to contribute to the improvement of the design, planning and programming of the health services systems.

Component 5500, "Management Systems," found on page 38, brings together those activities directly related to the administrative development necessary to increase the operating capacity of the national health systems. The expenditure is estimated at \$1,270,082, or 1.7 per cent of the total budget.

On page 45, under component 7400, the amount of \$233,900 (0.3 per cent of the total PAHO budget) is assigned to the development of technical cooperation activities for the maintenance of health care facilities.

The component for "Financial Resources" (7800) on page 46 is intended for the development of cooperation with Member Governments with regard to the financial and economic analysis necessary in order for them to increase, to the fullest extent possible, the efficiency of and feasibility of expanding health services or the development of new programs. For this component, \$76,500 is requested, amounting to 0.1 per cent of the total PAHO budget.

Finally, the activities of the Organization relating to the development of appropriate technologies are reflected on page 442, under the inter-country project AMRO-8703 entitled "Development of an Appropriate Technology for Primary Health Care." These activities stem from the resolutions of the PAHO and WHO Governing Bodies directed specifically to developing appropriate technologies for the extension of health services in order to

achieve universal coverage with the main objectives of: strengthening the capacity of countries to control and manage technology; mobilizing and diffusing knowledge on appropriate technologies; and coordinating efforts in the health technology field, both within and outside the Organization. The activities being initiated are related principally to the technologies required at the first and second levels of care within the context of primary health care and community participation. You will note that for 1979, an estimated \$159,900 would finance 300 short-term consultant days and 10 fellowships months, representing 0.2 per cent of the total PAHO budget.

The PRESIDENT: Any comments on the contribution made by Dr. de Villiers?

Mr. ANDREW (United States of America): I wonder if it would be possible to have any more concrete information than that just given by Dr. de Villiers on the implementation of AMRO-8703, since this is such an important approach to the spread of primary health care. Is there anything more concrete than what Dr. de Villiers just gave us?

Dr. DE VILLIERS (Chief, Division of Health Services): I am grateful for the question. In some respects it is obviously one of the important priority areas for the Division, as Dr. Acuña had mentioned this morning. We have established within the Division--and I presume that this is the information that might be useful--a special task force on appropriate technologies, and within that task force there is an Interdivisional Committee at the central level. This Committee is at present developing the outline of the program for this area, which has as its main objectives the promotion of the concept of making countries aware of as well as able to manage their own needs for proper technology, as well as develop an information sharing capability, within the Organization. The idea is not for the Organization itself to develop technology but to make sure that the need for technology is identified and that the technologies which are developed are related to country needs, related to the socio-economic needs and cultural characteristics. In the near future, with regard to developing the methodology by which will be able to identify needs in the appropriate technologies area, we are also planning to develop and hold a number of seminars, not only to orient our own staff but also staff at the national level. As we develop our information with regard to better means for better technology in the health field, which will include not only updated technology but also process technology, we will, of course, be able to define the needs. To meet such needs, we may wish to have areas in which we may have to develop specific technologies.

The PRESIDENT: I now call on Dr. Ferreira to make his contribution on human resources.

Human Resources  
Recursos Humanos

El Dr. FERREIRA (Jefe, División de Recursos Humanos e Investigación): El área programática que a nosotros corresponde incluye la formulación y ejecución de planes de cooperación técnica para la planificación y administración de recursos humanos, desarrollo de personal, perfeccionamiento del proceso educacional y promoción y coordinación de investigaciones en el campo de la salud.

De acuerdo con el Cuadro 2 en la página 7 del Documento Oficial 154, esta programación corresponde a los proyectos de las series 6000 y 8000, con la excepción del 8400 y del 8600.

Esta presentación la iniciaremos por la descripción del programa en las cuatro áreas mencionadas, para luego analizar las partidas presupuestarias correspondientes. El narrativo de esta programación se encuentra en el Documento Oficial 154 entre las páginas 39 y 50.

En la primera área, de Planificación y Administración de Recursos Humanos, se han propuesto cuatro metas prioritarias que incluyen:

La promoción de la coordinación entre las instituciones del sector salud y de educación, buscando así facilitar la formulación de planes más realistas y el desarrollo de un personal mejor capacitado para los programas de salud vigentes y futuros. Varios programas en curso, incluso a nivel de cada país, están contribuyendo para llevar a la práctica esta coordinación, como es el caso de los Núcleos de Investigación y Desarrollo en Educación y Salud (NIDES) que ya funciona en ocho países y se planea el establecimiento de otros cinco entre 1978 y 1979.

La segunda meta en esta área se refiere a la planificación de los recursos humanos y se viene implementando a través del apoyo dado a las oficinas de recursos humanos que ya funcionan en los ministerios de salud de catorce países de la Región. Seguiremos realizando cursos y seminarios para capacitar personal en este campo. También continuaremos asesorando con respecto al desarrollo de metodologías de planificación del recurso humano.

En el campo de la formación de recursos humanos en el área de administración, seguimos cooperando con los 40 programas existentes en la Región y trataremos de promover la mejoría de los planes de estudio, del desarrollo de investigación aplicada y de la formación del personal docente de estos programas, para lo cual, conjuntamente con la Fundación Kellogg planeamos apoyar a cinco centros de adiestramiento avanzado en administración, de los cuales ya funcionan los del Brasil, Colombia y México.

La cuarta prioridad consiste en la implementación de un amplio programa de educación continuada que deberá cubrir las varias profesiones del sector y las distintas categorías de personal. El programa se desarrollará en tres etapas envolviendo en cada una de ellas cuatro países, y será financiado con una subvención ya aprobada por la Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional (CIDA).

El presupuesto de esta área programática se encuentra en la página 40, con un total de \$1,777,900, al cual hay que agregar \$124,000 del proyecto AMRO-5100 que se destina al programa de adiestramiento en administración y una parcela adicional de \$306,000 para 1979--correspondiente a la subvención de CIDA--la cual fue aprobada posteriormente a la publicación del Documento Oficial 154. El total de este rubro alcanza a \$2,207,900, que corresponde al 23% de nuestra programación.

La segunda área programática trata del Desarrollo de Recursos Humanos, con proyectos directamente orientados a mejorar la formación del personal de salud. Esta incluye tres campos prioritarios:

El primero, cooperación para el desarrollo de las instituciones educativas, se traduce en el apoyo técnico para planificación, construcción o adecuación de locales, selección de equipos, revisión de la estructura administrativa y académica y puesta en marcha de los programas docentes. Siguen en curso en esta área proyectos financiados por el BID en Nicaragua y República Dominicana y por el PNUD en el Caribe. También en Perú, Colombia, México y Venezuela estamos apoyando nuevas iniciativas con recursos de la propia Organización.

La segunda prioridad consiste en la cooperación para el desarrollo de programas docentes en cualquiera de las profesiones de la salud, tratando de promover soluciones innovadoras como la interdisciplinaridad y una más amplia orientación comunitaria.

En el campo de la medicina se realizó una segunda reunión regional sobre requisitos básicos para el funcionamiento de las escuelas, y pensamos seguir colaborando a nivel de cada país para el ajuste de estos requisitos a condiciones locales y su incorporación como normas nacionales.

Las actividades de enfermería han estado centradas en el aumento del número de graduadas, ya casi cuadruplicado en algunos países, y en la expansión del rol y responsabilidades de los profesionales de enfermería, con la formulación de currícula más orientados a la salud comunitaria y atención primaria.

Otras áreas de adiestramiento específico lo constituyen: la educación dental en la cual se destaca el programa de innovaciones en odontología con 12 núcleos en distintos países, apoyados con financiamiento de la Fundación Kellogg; la educación en ingeniería sanitaria y ciencias del ambiente, con un programa intensivo de cursos cortos y un creciente interés por la racionalización de los problemas de recursos humanos en este campo, asunto sobre el cual estamos programando un seminario en cada país de la Región para 1979; en la educación en medicina veterinaria, se destaca, además de la cooperación con las escuelas de la Región, el Programa Regional para la Capacitación de Asistentes en Salud Animal del Caribe, financiado por el PNUD.

Para la formación de personal de nivel intermedio y auxiliar seguiremos cooperando con programas subregionales en el Pacto Andino, Centroamérica y el Caribe, este último con apoyo del UNICEF y PNUD y programas a nivel de países en México, Cuba y Brasil.

La tercera prioridad de esta área está orientada a la formación de posgrado y el adiestramiento de supervisores. Seguimos cooperando directamente y a través de la Asociación Latinoamericana de Escuelas de Salud Pública, con cerca de 30 programas que incluyen los cursos de salud pública tradicionales y los programas de posgrado en medicina preventiva y social. En el período de

1978 y 1979 estamos promoviendo la realización de cinco reuniones subregionales de carácter científico para discusión de experiencias de investigación aplicada a los servicios de salud, con participación de todos los programas de posgrado ya referidos.

Para el adiestramiento de supervisores estamos iniciando en Honduras, El Salvador, Nicaragua, Costa Rica, República Dominicana y Guatemala un programa financiado con recursos del Fondo Especial del Director General de la OMS, que estará basado en una revisión de normas y funciones relativas a los niveles periféricos de la red de servicios, y orientado a respaldar las acciones de atención primaria mediante el desarrollo de sistemas de adiestramiento y de estructuras de supervisión a nivel local. Seguiremos también las negociaciones con el PNUD y el Gobierno de Costa Rica para el desarrollo del Centro y Programa Centroamericano de Adiestramiento en Salud de la Comunidad.

Los presupuestos de esta área programática corresponden a los proyectos de 6100 a 6900 que se encuentran en las páginas 41 a 44 del Documento Oficial 154, y suman un total de \$3,209,852 que representa el 33% de nuestra área programática.

Nuestro tercer campo de actividades se refiere al Desarrollo de Recursos Tecnológicos y comprende también tres subprogramas:

El primero está dirigido fundamentalmente a la mejoría del proceso de enseñanza y aprendizaje con base en los esfuerzos que vienen desarrollando los dos Centros Latinoamericanos de Tecnología Educativa para la Salud (CLATES) en Río de Janeiro y México. En ellos se trabaja en el perfeccionamiento de metodologías que faciliten el proceso de autoformación y la educación no formal para permitir una incorporación temprana del estudiante a los servicios de salud. Un componente importante de este programa es el adiestramiento pedagógico del profesorado, a través de cursos y talleres realizados en los propios centros y en todos los demás países. Ya más de 12,000 profesores latinoamericanos recibieron algún tipo de adiestramiento pedagógico en estos centros, y seguiremos ofreciendo cursos semejantes a un promedio de 2,000 docentes por año.

Otro componente de esta área es el relativo a la Información Biomédica para lo cual contamos con la Biblioteca Regional de Medicina y Ciencias de la Salud, conocida como BIREME, que funciona en Sao Paulo, y una Red de Centros Nacionales de Información y Documentación Científica y Tecnológica, la cual continúa desarrollándose con la incorporación de varios países de la Región, como ser Argentina, Chile, Bolivia, Perú, Colombia, Ecuador, Paraguay, Uruguay y Venezuela. Esta actividad la estamos extendiendo ahora a los países de América Central. Cabe destacar en este proyecto el desarrollo del "Sistema Medline" y el programa de "Diseminación Selectiva de Información" que estamos orientando a los campos prioritarios del Plan Decenal de Salud para las Américas.

Otra actividad en el campo de los recursos tecnológicos es la provisión de materiales de instrucción, que incluye el Programa de Libros de Texto de Medicina, el Programa de Libros de Texto de Enfermería y el de Equipo Básico de Diagnóstico para Estudiantes de Medicina.

Actualmente contamos con 29 títulos distribuidos en estos programas, con más de 250 escuelas participantes en casi todos los países de la Región.

El éxito logrado hasta ahora ha impulsado a la Organización a gestionar un nuevo préstamo ante el Banco Interamericano de Desarrollo, para permitir ampliar el programa a las demás profesiones de la salud y especialmente para el personal técnico y auxiliar necesario para la ampliación de la cobertura de los servicios de salud y la atención primaria.

El presupuesto del área de recursos tecnológicos corresponde a los proyectos 8000, 8100, 8300, 8570 y 8700 que aparecen descritos en las páginas 46 a 49 del Documento Oficial 154, contándose con una suma total de \$3,842,900, que representa el 39% de los recursos de nuestra programación.

La cuarta área programática está orientada a la promoción y coordinación de la investigación en el campo de la salud, y se desarrolla a través de subvenciones a proyectos específicos y adiestramiento de investigadores, facilitando el intercambio científico en reuniones y visitas de expertos, y propiciando cursos y seminarios sobre nuevas técnicas y proporcionando material informativo.

Los centros multinacionales de la OPS han cooperado extensamente en estas actividades y han proporcionado valiosas oportunidades de adiestramiento a investigadores jóvenes.

Se ha promovido una serie de reuniones subregionales tendientes a estimular a los países de la Región a que formulen sus políticas de investigación en salud. La primera de ellas se realizó en México con los países del Area II de la Organización y la segunda en Bolivia para los países del Pacto Andino. Se proyecta para el final de este año la reunión de los países de Centroamérica, y para el próximo año Brasil, Argentina y Chile.

Paralelamente se están realizando en estos países encuestas para conocer los recursos con que cuentan para la investigación en salud y la forma en que están estructuradas estas actividades, con el objeto de promover la cooperación entre investigadores e instituciones de la Región.

El esfuerzo de la Organización en el campo de la investigación alcanza un total de \$3,253,672, como muestra el Cuadro 3 que aparece en la página 9 del Documento Oficial 154. De este total, corresponde a la función de promoción y coordinación de la investigación la suma de \$508,200 para 1979, que se encuentra especificada en la página 50 y que representa el 5% de los recursos de nuestra área programática.

Por último tenemos la administración del programa de becas de la Organización, que para 1979 cuenta con \$4,617,223 correspondientes a la posibilidad de conceder 4,497 meses-beca como está indicado en el Cuadro 5 de la página 13. De acuerdo con la tendencia actual, el 65% de los becarios de la Región está estudiando en países de la América Latina, en cuanto el 35% restante se divide en partes iguales entre los Estados Unidos de América y Canadá y los países del Caribe de habla inglesa. Se está planeando una descentralización del programa a los mismos países y se está elaborando un directorio latinoamericano de programa de adiestramiento para facilitar la elección por las autoridades de los países y por los becarios.

Para completar esta presentación, analizaremos ahora el presupuesto consolidado del área de recursos humanos e investigación que aparece en el Anexo 6, página 493, del Documento Oficial 154.

En su conjunto el área cuenta para 1979 con la suma de \$7,513,620, que representa el 10.3% del presupuesto de la Organización y que incluye \$4,896,300 de fondos regulares de la OPS/OMS, y \$2,617,352 de fondos extra-presupuestarios. A esta suma debemos agregar \$306,000 de CIDA, aprobados después de la publicación de este documento y \$1,950,000 del Programa de Libros de Texto (el cual está subordinado a la Oficina de Administración, pero es orientado técnicamente por el área de recursos humanos) y así mismo los \$3,500,000 destinados a becas cuyos beneficios se reflejan en el adiestramiento de personal.

Además de estos recursos manejados directamente por la Organización, contamos con asignaciones adicionales hechas por los mismos gobiernos u otras agencias especializadas, para aplicación exclusiva en algunos proyectos seleccionados, que incluye EUA\$2,008,000 del BID en Nicaragua y República Dominicana, EUA\$600,000 de la Fundación Kellogg en el proyecto de Innovaciones Odontológicas, EUA\$1,620,000 del programa de Preparación Estratégica de Personal de Salud en el Brasil y EUA\$1,151,336 del CLATES-Río.

Con todo esto llegamos a un total general de EUA\$18,649,627 que se aplicará en la Región en 1979, siendo el 15% a través de 24 proyectos manejados a nivel de la Oficina Central de carácter regional, 14.6% destinados a los centros multinacionales (BIREME y CLATES) que cuentan con cinco proyectos, y el 70% aplicados directamente a nivel de los países a través de 97 proyectos.

The PRESIDENT: If there are no comments, I invite Dr. Gerald to speak on supporting services.



Supporting Services  
Servicios de apoyo

El Dr. GERALD (Jefe, División de Servicios de Apoyo): A la División de Servicios de Apoyo le incumbe la responsabilidad en dos aspectos del programa general de la Organización:

Primero, el apoyo a los servicios nacionales de información dentro de la programación nacional y a solicitud explícita del Gobierno Miembro correspondiente. Segundo, el apoyo técnico a la gestión administrativa de la propia Oficina en la formulación, control en la ejecución, y la evaluación de su programa de cooperación técnica de la OPS/OMS en los países de la Región de las Américas.

El proyecto de presupuesto para financiar el primero de estos aspectos (apoyo a los programas nacionales) está detallado en la parte superior de la página 38 del Documento Oficial 154, Programa 5400, Sistema de estadística e información. El proyecto de presupuesto correspondiente al segundo aspecto está detallado en la parte superior de la página 449, conocido como Programa 9200, Vigilancia programática. En el Anexo 6, página 494, ustedes encontrarán un sumario de proyecto de presupuesto global de la División de Servicios de Apoyo.

El propósito principal del Programa 5400, o sea el Sistema de estadística e información, es el de atender eficazmente las solicitudes de colaboración de los Gobiernos, en el diseño, rediseño, y desarrollo de sistemas nacionales de información en salud, que a su vez apoya los esfuerzos nacionales de planificación, programación, dirección técnico-administrativa, evaluación de programas y el proceso de decisión en el sector salud.

De acuerdo con las prioridades y estrategias formuladas por los Cuerpos Directivos de la Organización, la orientación de este programa (5400) está basada en la política de extensión de cobertura de los servicios de salud con las estrategias de atención primaria y participación de la comunidad. El programa, igualmente, tiene la capacidad de responder a los requisitos de la política de Cooperación Técnica entre Países en Desarrollo (CTPD) y su finalidad es la autosuficiencia, especialmente en el campo de sistemas de información.

En el proyecto de presupuesto que presentamos en la página 38, se asigna una cifra, \$2,312,700, (3.2% del presupuesto total para 1979). Estos recursos financieros están distribuidos en la siguiente forma:

Primero: recursos que complementan en forma integral a los recursos nacionales dentro del contexto del programa nacional correspondiente y por solicitud del Gobierno. Así tenemos los proyectos de país:

Argentina-5400 (página 64 del Documento Oficial 154); Bolivia-5400 (página 99); Brasil-5400 (página 114); Costa Rica-5401 (página 154); Perú-5400 (página 319); Trinidad y Tabago (página 334); Indias Occidentales (página 382).

Segundo: tenemos recursos especializados, compartidos entre dos o más países (AMROS subregionales o de área) que cumplen tareas específicas a corto plazo dentro de programas nacionales. Por ejemplo, tenemos los proyectos AMRO-5010 (página 385) que corresponde a los países del Caribe de habla inglesa, holandesa, francesa, así como también Guyana, Suriname y Belice; AMRO-5420 (página 388), México, Haití, República Dominicana y Cuba; AMRO-5430 (página 390) Centro América y Panamá; AMRO-5460 (página 393) correspondiente a Argentina, Uruguay, Paraguay y Chile; AMRO-5400 (página 431) y AMRO-5474 (página 433) que son proyectos de ámbito regional, pero que sirven los mismos propósitos de los AMROS subregionales, en cuanto se trata de un respaldo directo en los programas nacionales, a solicitud de los Gobiernos.

Por último tenemos recursos para el desarrollo de actividades de promoción, capacitación, transferencia de información (publicaciones) y desarrollo metodológico, AMRO-5403 y AMRO-5476. Estos están en las páginas 432 y 433, respectivamente.

En el área de promoción, se proyecta para el año 1979 organizar seminarios viajeros a varios países a fin de intercambiar ideas con las autoridades y técnicos nacionales sobre conceptos, criterios y estrategias, así como también la determinación de necesidades y requerimientos de un sistema nacional de información.

En cuanto a capacitación, proyectamos continuar los cursos internacionales que se iniciarán durante el mes de octubre del presente año, para la introducción de la Novena Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades.

En el campo de publicaciones, colaboraremos con el Centro Latinoamericano para la Clasificación de Enfermedades (CLACE), en Caracas, Venezuela, en la preparación de versiones en español de las clasificaciones suplementarias aprobadas por la Asamblea Mundial de la Salud. También continuaremos la publicación de los Informes Epidemiológicos y las Condiciones de Salud en las Américas.

El programa 9200 (página 449, Vigilancia programática) tiene como propósito principal el mejoramiento continuo de la eficacia de la programación o de la gestión administrativa en el campo de la programación, ejecución y evaluación de los programas de cooperación técnica de la OPS/OMS. Durante el período 1977-1978 se introdujo un sistema de programación y evaluación de la cooperación técnica conocido como AMPES (Sistema de Programación y Evaluación en la Región de las Américas). Este sistema facilita el diálogo y las consultas entre la OPS y los Gobiernos, así como también entre los distintos niveles de la propia oficina. Durante el proceso, ambas partes pueden apreciar en una forma completa y actualizada la situación en el área de la

salud en cada país. Además permite la identificación, la cuantificación, y la calificación de actividades nacionales que requieren cooperación técnica externa, no solamente de la OPS, pero de la cooperación externa en general. Facilita además la elaboración continua de cronogramas para entrega de cada elemento de la cooperación técnica de acuerdo con el deseo y la realidad nacional. Por último permite la incorporación de recursos ubicados en cualquier nivel de la oficina, siempre y cuando la programación nacional lo requiera y la programación global de la propia Organización lo permita.

Finalmente, el AMPES facilita los procedimientos de control y evaluación durante la ejecución de los programas de cooperación técnica. Por medio de este sistema podemos medir en parte, la eficacia y la eficiencia de la ejecución gerencial de la Organización. Este proceso promueve y estimula la evaluación nacional de aquellos programas en que colabora la Organización.

En el resumen que presentamos en el anexo, en la página 494, ustedes pueden apreciar que los fondos para el programa de la división provienen exclusivamente de fondos regulares, tanto de la OPS como de la OMS. El 72% de estos recursos provienen de la OPS y el 21% de la OMS.

The PRESIDENT: If there are no comments, I call on Mr. Muldoon, who deals with Administrative Direction, Governing Bodies, Increase to Assets and the Special Fund for Health Promotion.

Mr. MULDOON (Chief, Administration): I would like to cover Part III, Part IV and Part V of the Budget, which are entitled Administrative Direction, Governing Bodies and Increase to Assets. The total amount for Administrative Direction proposed for 1979 is \$7,239,200. A breakdown of the budget which starts on page 495 shows all the funds for which each Headquarters Division is technically responsible regardless of the program category. Thus it can be seen that the Office of Administration is responsible for the funds of these four categories, 9100, 9200, 9300 and 9400, except for those allocated to the program surveillance portion of program 9200, for which the Division of Supporting Services is responsible and which is mentioned on page 494. Serially the other divisions shown in Annex 6 share responsibility for program categories. For example, program 6400 is included in both the Division of Environmental Health and the Division of Human Resources and Research. Program 9100, which is called Executive and Technical Direction, includes the cost of the Office of the Director, and the Chief of Administration. Included in the Office of the Director are Health Program Analysts who are in charge of analysing country programs and expediting and coordinating activities of the countries assigned to them, and the administrative support of the Headquarters Program Committee. The Headquarters Program Committee consists of the Chiefs of the Headquarters Divisions who are in an advisory capacity to assist the Director in developing the programs and activities of the Organization. The total amount proposed for Executive and Technical Direction for 1979 is \$895,300. Under program category 9200, which is entitled Program Services, are those support activities carried out by the Organization which are directed at the country programs. These activities have been differentiated from normal

administrative functions and include the functions and costs related to liaison with other international organizations, the public information activities of the Organization, and program surveillance, which includes project reports and agreements. The level of expenditure for 1979 is \$551,000.

Under program category 9300, Administrative Services, are included the activities of the Office of Management and Computer Services, Budget and Finance, Conference and General Services, Personnel, and the printing functions of the Organization. Two posts, one for a Finance Officer and one for a Procurement Officer, which have been funded previously from the United Nations Fund for Population Activities, and are presently included in program 1300, will be transferred to the WHO regular budget in 1980. Two new posts, one for a Cost Accountant and one for a Personnel Officer, are proposed to be added in 1980, and a new Budget Officer's post is included in 1981. The total amount proposed under this program for 1979 amounts to \$3,934,700.

These administrative services support the planning, development and execution of all program activities of the Organization. They are essential in carrying out programs. Budget and Finance has the major responsibility for helping to ensure that all funds available to the Organization are well managed and accounted for. Since the major portion of the Organization's funds are allocated to finance technical cooperation, which is of course provided by people, the Personnel Office has a vital, essential role in recruiting and placing staff, including both regular staff members and short-term consultants and advisors. The Conference and General Services staff support all conferences of the Organization, as well as some meetings of Member Governments, and General Services support such activities as building, maintenance and repair, cleaning services, and common services. Procurement, of course, buys supplies and equipment associated with projects, and provides procurement services to Member Governments. As you have seen, the total amount of resources for which the Organization is responsible has increased and continues to increase. Therefore the workload of these areas has also increased and continues to increase, which adds to the cost of administration.

Program category 9400, called General Expenses, includes the rental, the maintenance of building facilities, communications, purchase of general supplies and equipment, equipment repairs and maintenance, utilities and other items normally referred to as general operating expenses or, by some people, common services, and the expenses for the Washington Office. The amount requested for 1979 is \$1,858,200.

The inescapable fact is that the cost of business is going up. The costs of supplies, telephone services, utilities, including such things as water, fuel, oil, electricity, and, in addition, building repairs, have

been going up at a rapid rate, despite measures to conserve resources and contain costs. In addition to the items just mentioned under the administrative budget, you will find Headquarters and regional computer science services. These services support the administrative and technical work of the Organization and members of the computer science group provide limited advisory services to Member Governments in computer usage on request. Also included is the publication program, which is a very important program. It includes three technical journals, two periodic newsletters and a series of scientific publications. As a result of the 1977 evaluation of this program and a request from the World Health Organization Headquarters to help them shift some of their publication activities to the field, a decentralization of this program was undertaken. Accordingly, we established in Mexico a program for publications which is part of the Area Office. It is responsible for producing the WHO series of publications in Spanish and a portion of the Pan American Health Organization publications in Spanish.

In Part IV of the budget, which is entitled "Governing Bodies," on page 454 of the budget document, the expenditure proposed for 1979 is \$647,000. This represents the estimated cost of two meetings of the Executive Committee, one meeting of the Directing Council and the cost of conferences and translation services.

Part V of the budget is the next part we will review, and this is on page 458. Part V, Increase to Assets, has no funds budgeted for 1979. Due to the present level of funds, and to the early payment schedule established by some of the larger contributors to the Organization, we felt justified in diverting the funds originally budgeted for this purpose to other programs of the Organization beginning in 1979. This item, which is also sometimes referred to as the Working Capital Fund, is the subject of a separate discussion by this Governing Body under Agenda Item 19.

Mr. PRESIDENT, there is one item that came up this morning which we did not quite complete. With your permission, I should like to respond to it at this time.

The question was raised by the Delegate of Venezuela about income to the Organization from funds which are on deposit in banks. These funds currently are included as part of the budget of the Organization and are of course subject to the decisions of the Governing Bodies of the Organization. They are included in the front part of the budget on page 4 and are listed under Item 2-b, Miscellaneous Income. This interest income is already utilized to finance the budget of the Organization.

Regarding the question of quota contributions, the comment was made by the representative of one Government that the quota contributions of that Government have gone up significantly. These quota contribution levels are of course set by the Organization of American States. By that I mean the scale, the OAS scale, is the scale that the Organization follows.

With regard to the overhead funds on extrabudgetary funds, those funds are intended to reduce the demands on the regular budget of the Organization and to provide technical and administrative support to projects that are funded from extrabudgetary sources. One of my concerns would be that if these funds were put into a fund it would then mean the Organization would not be in a position to provide rapidly both technical and administrative support to projects funded by extrabudgetary funds. That would mean that in order to support projects that are funded by extrabudgetary funds, it would be necessary to finance them out of the regular budget or of course not do them. The Organization has, by the way, a guideline which has been published, a very stringent guideline for the utilization of these funds, laying down the terms and conditions under which they can be used. That concludes my presentation.

The PRESIDENT: Is there any discussion or any question on Mr. Muldoon's presentation? No questions.

We move now to the detail by country project on pages 54 through 382. Any comments or questions concerning this part? No comments.

We move on to the Area Representatives and Advisers, pages 383 to 393. Any comments? There are no comments.

We move on to intercountry projects, pages 394 to 444. Any comments? No comments.

I wish to point out to you that the proposed resolution is on page 4, and I will now turn the floor over to the Rapporteur so that he can read the resolution.

El RELATOR: Vamos a dar lectura al proyecto de resolución sobre Asignaciones para la Organización Panamericana de la Salud para 1979 que se encuentra en la página 4 del Documento Oficial 154 y en la página 2 del Documento CSP20/15.

Appropriations for the Pan American Health Organization for 1979  
Asignaciones para la Organización Panamericana de la Salud para 1979

THE PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

RESOLVES:

1. To appropriate for the financial year 1979 an amount of \$39,275,341, as follows:

PART I	PROGRAM OF SERVICES	\$14,289,100
PART II	DEVELOPMENT OF THE INFRASTRUCTURE	13,205,000
PART III	ADMINISTRATIVE DIRECTION	5,486,400
PART IV	GOVERNING BODIES	441,600
PART V	INCREASE TO ASSETS	-
PART VI	SPECIAL FUND FOR HEALTH PROMOTION	250,000
Effective Working Budget (Parts I-VI)		\$33,672,100
PART VII STAFF ASSESSMENT (Transfer to Tax Equalization Fund)		5,603,241
Total - All Parts		\$39,275,341

2. That the appropriation shall be financed from:

a.	Assessments in respect to	
	Member Governments and Participating Governments assessed under the scale adopted by the Council of the Organization of American States in accordance with Article 60 of the Pan American Sanitary Code or in accordance with Directing Council resolutions	\$38,575,341
b.	Miscellaneous Income	700,000

Total		\$39,275,341
-------	--	--------------

In establishing the contributions of Member Governments and Participating Governments, their assessments shall be reduced further by the amount standing to their credit in the Tax Equalization Fund, except that credits of those governments who levy taxes on the emoluments received from the Pan American Health Organization by their nationals and residents shall be reduced by the amounts of such tax reimbursements by PAHO

3. That, in accordance with the Financial Regulations of PAHO, amounts not exceeding the appropriations noted under Paragraph 1 shall be available for the payment of obligations incurred during the period 1 January to 31 December 1979, inclusive. Notwithstanding the provision of this paragraph, obligations during the financial year 1979 shall be limited to the effective working budget, i.e., Parts I-VI.

4. That the Director shall be authorized to transfer credits between parts of the effective working budget, provided that such transfers of credits between parts as are made do not exceed 10% of the part from which the credit is transferred. Transfers of credits between parts of the budget in excess of 10% of the part from which the credit is transferred may be made with the concurrence of the Executive Committee. All transfers of budget credits shall be reported to the Directing Council and/or the Conference

LA CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

RESUELVE:

1 Asignar para el ejercicio financiero de 1979 la cantidad de \$39,275,341, en la forma siguiente

TITULO I	PROGRAMA DE SERVICIOS	\$14,289,100
TITULO II.	DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA	13,205,000
TITULO III.	DIRECCION ADMINISTRATIVA	5,486,400
TITULO IV	CUERPOS DIRECTIVOS	441,600
TITULO V.	AUMENTO DEL ACTIVO	
TITULO VI	FONDO ESPECIAL PARA PROMOCION DE LA SALUD	250,000
Presupuesto efectivo (Titulo I-VI)		\$33,672,100
TITULO VII	CONTRIBUCIONES DEL PERSONAL (Transferencia al Fondo de Igualación de Impuestos)	5,603,241
Total, Todos los Titulos		\$39,275,341
		-----
2	Que las asignaciones se financien mediante.	
a	Cuotas correspondientes	
	A los Gobiernos Miembros y Gobiernos Participantes, fijada según la escala adoptada por el Consejo de la Organización de los Estados Americanos, de conformidad con el Artículo 60 del Código Sanitario Panamericano o de acuerdo con las resoluciones del Consejo Directivo	\$38,575,341
b.	Otros ingresos	700,000
Total		\$39,275,341
		-----

Al establecer las contribuciones de los Gobiernos Miembros y Gobiernos Participantes, sus cuotas se reducirán aún más por la cantidad que quede a su crédito en el Fondo de Igualación de Impuestos, excepto que los créditos de aquellos gobiernos que gravan los emolumentos que sus nacionales y residentes perciben de la OPS se reducirán en las cantidades correspondientes a los reembolsos de dichos impuestos por la OPS.

3. Que, de conformidad con el Reglamento Financiero de la OPS, las cantidades que no excedan de las asignaciones incluidas en el párrafo 1 se apliquen al pago de las obligaciones contraídas durante el período comprendido entre el 1° de enero y el 31 de diciembre de 1979 inclusive. No obstante lo dispuesto en este párrafo, las obligaciones contraídas durante el ejercicio financiero de 1979 se limitarán al presupuesto efectivo, es decir, a los Títulos I-VI.

4. Que el Director quede autorizado para transferir fondos entre los títulos del presupuesto efectivo, siempre que las transferencias de fondos que se efectúen entre dichos títulos no excedan del 10% del título del cual los fondos son transferidos. Las transferencias de fondos entre estos títulos del presupuesto que excedan del 10% del título del cual se transfieren los fondos podrán efectuarse con la aprobación del Comité Ejecutivo. Todas las transferencias de fondos del presupuesto serán notificadas al Consejo Directivo o a la Conferencia.

The PRESIDENT: Any comments? The resolution is before the Conference.

El Dr. ALDEREGUIA (Cuba): Sr. Presidente, solamente una cuestión de forma. En el proyecto de resolución se omitió señalar de qué Conferencia Sanitaria se trata. Debe decir la XX Conferencia Sanitaria Panamericana.

The PRESIDENT: Any other observation or comments? If there are no comments, the proposed resolution is adopted.

Decision: The proposed resolution was unanimously adopted.

Decisión: Se aprueba el proyecto de resolución por unanimidad.



The PRESIDENT: I now invite the Rapporteur to read the following resolution on the assessment of the Member Governments and Participating Governments of the Pan American Health Organization, on page 5.

El RELATOR: Vamos a dar lectura al proyecto de resolución "Cuota de los Gobiernos Miembros y Gobiernos Participantes de la Organización Panamericana de la Salud", en la página 5 del Documento Oficial 154 y en la página 2 del Documento CSP20/15.

Assessments of the Member Governments and Participating Governments of the Pan American Health Organization  
Cuotas de los Gobiernos Miembros y Gobiernos Participantes de la Organización Panamericana de la Salud

Whereas, other Member Governments and Participating Governments are assessed on the basis of percentages which would be assigned to such countries if they were subject to the OAS scale; now, therefore,

THE PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

RESOLVES:

To establish the assessments of the Member Governments and Participating Governments of the Pan American Health Organization for 1979 in accordance with the scale of quotas shown below and in the corresponding amounts.

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Country	OAS Scale	Gross Assessment	Credit from Tax Equalization Fund	Adjustment for Taxes Imposed by Member Governments on Emoluments of PAHO Staff	Net Assessment
	%	US\$	US\$	US\$	US\$
Argentina	7.50	2,686,057	390,161	-	2,295,896
Barbados	0.08	28,651	4,162	-	24,489
Bolivia	0.18	64,465	9,364	-	55,101
Brazil	9.39	3,362,943	488,482	-	2,874,461
Chile	0.82	293,675	42,658	-	251,017
Colombia	0.99	354,559	51,501	1,100	304,158
Costa Rica	0.18	64,465	9,364	-	55,101
Cuba	1.17	419,025	60,865	-	358,160
Dominican Republic	0.18	64,465	9,364	-	55,101
Ecuador	0.18	64,465	9,364	-	55,101
El Salvador	0.18	64,465	9,364	-	55,101
Grenada	0.03	10,744	1,561	-	9,183
Guatemala	0.18	64,465	9,364	-	55,101
Haití	0.18	64,465	9,364	-	55,101
Honduras	0.18	64,465	9,364	-	55,101
Jamaica	0.18	64,465	9,364	-	55,101
Mexico	7.04	2,521,312	366,231	-	2,155,081
Nicaragua	0.18	64,465	9,364	-	55,101
Panama	0.18	64,465	9,364	-	55,101
Paraguay	0.18	64,465	9,364	-	55,101
Peru	0.54	193,396	28,092	-	165,304
Suriname	0.13	46,558	6,763	-	39,795
Trinidad and Tobago	0.18	64,465	9,364	-	55,101
United States of America	66.00	23,637,291	3,433,422	2,500,000	22,703,869
Uruguay	0.36	128,931	18,728	-	110,203
Venezuela	3.61	1,292,889	187,797	11,300	1,116,392
Subtotal	100.00	35,814,076	5,202,155	2,512,400	33,124,321

	<u>Equivalent Percentages</u>				
<u>Other Member Governments</u>					
Bahamas	0.07	25,070	3,642	-	21,428
Canada	7.03	2,517,730	365,710	-	2,152,020
Guyana	0.18	64,465	9,364	-	55,101
<u>Participating Governments</u>					
France	0.18	64,465	9,364	-	55,101
Kingdom of the Netherlands	0.07	25,070	3,642	-	21,428
United Kingdom	0.18	64,465	9,364	-	55,101
Subtotal		<u>2,761,265</u>	<u>401,086</u>	-	<u>2,360,179</u>
Total Assessments - All Countries		<u>38,575,341</u>	<u>5,603,241</u>	<u>2,512,400</u>	<u>35,484,500</u>

(2) This column includes the OAS percentages adding to 100% and the equivalent percentages applicable to other Member Governments and Participating Governments. The OAS scale minimum assessment is 0.18% or per capita contribution equal to that of the largest contributor, whichever is smaller. The OAS scale used herein was approved by the OAS General Assembly in December 1977.

(5) This column includes estimated amounts to be received by the respective Member Governments in 1979 in respect of taxes levied by them on staff members' emoluments received from PAHO, adjusted for any difference between estimate and actual for the second preceding year.

Considerando que las cuotas de otros Gobiernos Miembros y Gobiernos Participantes se prorrataan a base de los porcentajes que se asignarían a dichos países si se rigieran por la escala de la OEA:

LA CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

RESUELVE.

Establecer las cuotas de los Gobiernos Miembros y Gobiernos Participantes de la Organización Panamericana de la Salud para 1979 de conformidad con la escala de cuotas indicada a continuación y en las cantidades correspondientes.

País	Escala de la OEA	Cuota Bruta	Crédito del Fondo de Igualación de Impuestos	Reajuste por Impuestos Aplicados por Gobiernos Miembros a Emolumentos del Personal OPS		Cuota Neta
				EUAS	EUAS	
	<u>%</u>	<u>EUAS</u>	<u>EUAS</u>	<u>EUAS</u>	<u>EUAS</u>	
Argentina	7.50	2,686,057	390,161	-	-	2,295,896
Barbados	0.08	28,651	4,162	-	-	24,489
Bolivia	0.18	64,465	9,364	-	-	55,101
Brasil	9.39	3,362,943	488,482	-	-	2,874,461
Chile	0.82	293,675	42,658	-	-	251,017
Colombia	0.99	354,559	51,501	1,100	-	304,158
Costa Rica	0.18	64,465	9,364	-	-	55,101
Cuba	1.17	419,025	60,865	-	-	358,160
República Dominicana	0.18	64,465	9,364	-	-	55,101
Ecuador	0.18	64,465	9,364	-	-	55,101
El Salvador	0.18	64,465	9,364	-	-	55,101
Grenada	0.03	10,744	1,561	-	-	9,183
Guatemala	0.18	64,465	9,364	-	-	55,101
Haití	0.18	64,465	9,364	-	-	55,101
Honduras	0.18	64,465	9,364	-	-	55,101
Jamaica	0.18	64,465	9,364	-	-	55,101
México	7.04	2,521,312	366,231	-	-	2,155,081
Nicaragua	0.18	64,465	9,364	-	-	55,101
Panamá	0.18	64,465	9,364	-	-	55,101
Paraguay	0.18	64,465	9,364	-	-	55,101
Perú	0.54	193,396	28,092	-	-	165,304
Suriname	0.13	46,558	6,763	-	-	39,795
Trinidad y Tabago	0.18	64,465	9,364	-	-	55,101
Estados Unidos de América	66.00	23,637,291	3,433,422	2,500,000	-	22,703,869
Uruguay	0.36	128,931	18,728	-	-	110,203
Venezuela	3.61	1,292,889	187,797	11,300	-	1,116,392
Subtotal	<u>100.00</u>	<u>35,814,076</u>	<u>5,202,155</u>	<u>2,512,400</u>	-	<u>33,124,321</u>

	Porcentajes Equivalentes				
<u>Otros Gobiernos Miembros</u>					
Bahamas	0.07	25,070	3,642	-	21,428
Canadá	7.03	2,517,730	365,710	-	2,152,020
Guyana	0.18	64,465	9,364	-	55,101
<u>Gobiernos Participantes</u>					
Francia	0.18	64,465	9,364	-	55,101
Reino de los Países Bajos	0.07	25,070	3,642	-	21,428
Reino Unido	0.18	64,465	9,364	-	55,101
Subtotal		<u>2,761,265</u>	<u>401,086</u>	-	<u>2,360,179</u>
Total de las cuentas todos los países		<u>38,575,341</u>	<u>5,603,241</u>	<u>2,512,400</u>	<u>35,484,500</u>

(2) En esta columna se incluyen los porcentajes de la OEA hasta un total de 100%, así como porcentajes equivalentes aplicables a otros Gobiernos Miembros y Gobiernos Participantes. La cuota mínima en la escala de la OEA es 0.18% o aportación por habitante igual a la del mayor contribuyente, cualquiera que sea la cifra menor. La escala aplicada en este cuadro fue aprobada por la Asamblea General de la OEA en diciembre de 1977.

(3) En esta columna se incluyen las cantidades estimadas que recibirán los respectivos Gobiernos Miembros en 1979 con respecto a impuestos aplicados por ellos a los emolumentos que los funcionarios perciban de la OPS, ajustadas para tomar en cuenta cualquiera diferencia entre cifra estimada y efectiva para el segundo año precedente.

The PRESIDENT: Any comments? If there are no comments, the resolution is adopted. Adopted.

Decision: The proposed resolution was unanimously adopted.

Decisión: Se aprueba el proyecto de resolución por unanimidad.

The PRESIDENT: I would now invite the Rapporteur to read the resolution under tab 16, Document CSP20/16.

Item 15: Provisional Draft of the Program and Budget of the Pan American Health Organization for 1980-1981

Tema 15: Anteproyecto de programa y presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud para 1980-1981

"THE XX PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Having examined Official Document 154 submitted by the Director of the Pan American Sanitary Bureau, containing the provisional draft that is to constitute the basis for the preparation of the proposed program and budget estimates of the Pan American Health Organization for 1980-1981, to be considered by the 82nd Meeting of the Executive Committee and by the XXVI Meeting of the Directing Council; and

Recognizing that the provisional draft of the proposed program and budget estimates contains programs formulated in cooperation with the national authorities,

RESOLVES:

1. To take note of the provisional draft of the proposed program and budget estimates of the Pan American Health Organization for 1980-1981 (Official Document 154).
2. To request the Director to use the provisional draft as a basis for preparation of the proposed program and budget estimates for 1980-1981, after further consultation with the Governments to determine their latest desires and requirements in relation to the health priorities of the countries.
3. To request the Executive Committee at its 82nd Meeting to make a detailed examination of the revised program and budget estimates for 1980-1981, to be presented by the Director after further consultation with the Governments, and to submit its recommendations thereon to the XXVI Meeting of the Directing Council."

" LA XX CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el Documento Oficial 154 presentado por el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, en el cual figura el anteproyecto que servirá de base para la preparación del proyecto de programa y presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud para 1980-1981, que se someterá a la consideración del Comité Ejecutivo en su 82a Reunión y del Consejo Directivo en su XXVI Reunión; y

Reconociendo que el anteproyecto de programa y presupuesto contiene programas formulados en cooperación con las autoridades nacionales,

RESUELVE:

1. Tomar nota del anteproyecto de programa y presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud para 1980-1981 (Documento Oficial 154).
2. Solicitar al Director que utilice dicho anteproyecto como base para preparar el proyecto de programa y presupuesto para 1980-1981, después de nuevas consultas con los Gobiernos a fin de determinar sus más recientes deseos y necesidades en relación con las prioridades de salud de los países.

3. Solicitar al Comité Ejecutivo que, en su 82a Reunión, examine detenidamente el proyecto de programa y presupuesto revisado para 1980-1981 que presentará el Director después de nuevas consultas con los Gobiernos, y que formule recomendaciones al respecto al Consejo Directivo en su XXVI Reunión".

The PRESIDENT: The resolution is before you. Any comments? No comments? Then it is adopted.

Decision: The proposed resolution was unanimously approved.

Decisión: Se aprueba el proyecto de resolución por unanimidad.

The PRESIDENT: I invite the Rapporteur to read the proposed resolution under tab 17 Document CSP20/17).

El RELATOR: Voy a dar lectura a la resolución contenida en el Documento CSP20/17.

Item 16: Provisional Draft of the Program Budget of the World Health Organization for the Region of the Americas for the Financial Period 1980-1981

Tema 16: Anteproyecto de Presupuesto por Programas de la Organización Mundial de la Salud para la Región de las Américas, correspondiente a 1980-1981

"THE XX PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Having considered Official Document 154 submitted by the Director of the Pan American Sanitary Bureau, which contains the provisional draft of the program budget of the World Health Organization for the Region of the Americas for 1980-1981;

Bearing in mind that the provisional draft of the program budget is submitted to the Conference as Regional Committee of the World Health Organization for the Americas for review and transmittal to the Director-General of that Organization so that he may take it into account in preparing the program budget of WHO for 1980-1981; and

Noting the recommendations made by the 80th Meeting of the Executive Committee,

RESOLVES:

To approve the provisional draft of the program budget of the World Health Organization for the Region of the Americas for 1980-1981 appearing in Official Document 154, and to request the Regional Director to transmit it to the Director-General of that Organization so that he may take it into account in preparing the proposed program budget of WHO for 1980-1981. "

" LA XX CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el Documento Oficial 154 presentado por el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, que contiene el anteproyecto de presupuesto por programas de la Organización Mundial de la Salud para la Región de las Américas correspondiente a 1980-1981;

Teniendo presente que dicho anteproyecto de presupuesto por programas se presenta a la Conferencia en su carácter de Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas, para que lo examine y transmita al Director General de esa Organización, a fin de que éste pueda tomarlo en cuenta al preparar el presupuesto por programas de la OMS correspondiente a 1980-1981; y

Habida cuenta de las recomendaciones formuladas por el Comité Ejecutivo en su 80a Reunión,

RESUELVE:

Aprobar el anteproyecto de presupuesto por programas de la Organización Mundial de la Salud para la Región de las Américas correspondiente a 1980-1981 consignado en el Documento Oficial 154 y solicitar al Director Regional que lo transmita al Director General de esa Organización, a fin de que éste pueda tomarlo en cuenta al preparar el presupuesto por programas propuesto de la OMS correspondiente a 1980-1981".

The PRESIDENT: The proposed resolution is before you. Any comments?  
No comments, then it is adopted.

Decision: The proposed resolution was unanimously approved.  
Decisión: Se aprueba el proyecto de resolución por unanimidad.

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.

The SECRETARY: I want to remind the delegates to fill out the form which is provided for the purpose of suggesting subjects for the Technical Discussions for the Directing Council to be held in 1980. Please give your selection this afternoon, before the close of this meeting. The reason we would like to have you do this is that the General Committee has decided that the selection of the subject to be discussed at the Technical Discussions might be available tomorrow in the plenary session. The Working Group will reduce the total number of selections to three, which will then be submitted to the plenary session for selection of an item. The Working Group, consisting of the Delegates of Canada, Grenada and Venezuela, is requested to meet in this room tomorrow morning at 8:45 a.m.

- ITEM 33: SELECTION OF TWO GOVERNMENTS, EACH TO DESIGNATE A PERSON TO SERVE ON THE JOINT COORDINATING BOARD OF THE SPECIAL WHO PROGRAM FOR RESEARCH AND TRAINING IN TROPICAL DISEASES
- TEMA 33: SELECCION DE DOS GOBIERNOS, CADA UNO DE LOS CUALES DESIGNARA UNA PERSONA PARA INTEGRAR LA JUNTA MIXTA DE COORDINACION DEL PROGRAMA ESPECIAL DE LA OMS SOBRE INVESTIGACION Y ADIESTRAMIENTO EN ENFERMEDADES TROPICALES

The SECRETARY: The document for this item will be found in the book of documents: it is Document CSP20/21. The World Health Organization, I think you all know, has established a Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases, which, for the purposes of brevity, we call TDR. This special program is a global one, global international cooperation which was initiated by WHO and is jointly sponsored, together with WHO, by the United Nations Development Program and the International Bank for Reconstruction and Development, more commonly known as the World Bank.

This program has two basic independent objectives: to develop new knowledge as a tool to be used for the control of tropical diseases, which are a major problem in many important areas of the world, and secondly, "for strengthening the tropical disease research capability of the tropical countries themselves to add the impetus for the necessary research." The financial resources for this program are made available by voluntary contributions from Governments and organizations, and a rather large series of voluntary contributions have already been made available to WHO for that purpose. The funds are kept in the Tropical Disease Research Fund, which is an international fund administered by the World Bank. There are also funds available to WHO directly in the Voluntary Fund for Health Promotion and other agency funds. WHO is in effect the executing agency for the program even though the World Bank is the custodian of the Fund. The funds available for 1978 amount to \$19.8 million and for 1979, \$29.0 million.

The Joint Coordinating Board, known as the JCB, with which this item deals, is the major policy-making organ of the Tropical Disease Research Program. It consists of 30 Members from among the cooperating bodies and is constituted essentially as follows: There are 12 Government representatives selected by contributors to the Special Programme resources. Among the



countries of the Americas, two countries have been so designated by the contributors to the Special Program's resources and these two Governments are Canada and the United States of America. Therefore, these two countries have already the opportunity to designate a member to serve on the Joint Coordinating Board and therefore need not be considered in the election which will take place this afternoon.

There are five Government representatives selected by the WHO Regional Committees, which means that two could be selected by this Regional Committee from among those countries directly affected by the diseases dealt with by the Special Programme, or from among those providing technical and scientific support to the Special Programme.

There are three members designated by the JCB itself from among the remaining cooperating parties and, finally, three agencies which comprise the Standing Committee, namely, the World Health Organization, the UNDP, and the World Bank.

Members of the JCB serve for a period of three years and may be re-appointed. Other cooperating parties may, at their request, act as observers upon approval by the JCB. The functions of the Joint Coordinating Board are listed in the document on pages 2 and 3.

Since this Conference serves as the Regional Committee for the Americas of the World Health Organization, it has the privilege of selecting two Member States of WHO from the Region of the Americas, each to designate a person to serve on the Joint Coordinating Board. As stated in paragraph 2.2.2 of the document, the two Governments selected must be from among those countries directly affected by the diseases dealt with by the Special Programme or from among those providing technical or scientific support to the Special Programme. For practical purposes, this provision serves to make eligible all of the countries of Latin America and the Caribbean. Every country in these areas have reported cases of at least one of the six diseases dealt with by the Special Programme.

The Conference is therefore free to designate any two WHO Member States, bearing in mind that Canada and the United States of America are already members of the JCB by reason of their selection by the contributors to the Special Programme Resources.

Dr. BAKER (United Kingdom): My Delegation represents a country that is an essential contributor to this Special Programme so we have, if I may say so, a particular interest in this matter. I do realize that there are many countries that are admirably suited to be selected for this, but I should particularly like to propose Venezuela as one of the Governments. Venezuela clearly falls under the definition in that it is directly affected by the diseases dealt with by this Program, but as the delegates know, the very distinguished Pan American Center for Research and Training in Leprosy and Tropical Diseases is in Venezuela. Very good work has come out of that and the Director of the Center and others have already served, with distinction, in the scientific working group of the Program.

El Dr. VALLADARES (Venezuela): En primer lugar aprovecho la oportunidad para agradecer al Delegado del Reino Unido en la proposición que ha hecho, en segundo lugar, nosotros creemos que existe otro país en América que puede aportar verdaderamente algo de gran trascendencia a esta Junta Coordinadora del Programa de Investigación y Adiestramiento en Enfermedades Tropicales: el Brasil. En ese sentido nosotros nos permitimos recomendar al Brasil como candidato para esta posición.

Dr. HOWELL (Barbados): The Government of Barbados would like to propose the nomination of Jamaica for the JCB. We feel that Jamaica would also have a very valuable contribution to make to this project.

Dr. KHAZEN (Canada): I would like to support what Venezuela has said and recommend Brasil to be on the JCB.

Dr. EGAS CEVALLOS (Ecuador): Apoyamos la candidatura de Venezuela y del Brasil.

The PRESIDENT: Since there are no more nominations, we shall proceed to the election by secret ballot. I should like to appoint the representatives of Colombia and Costa Rica to act as tellers.

The SECRETARY: The procedure for the voting is exactly the same as in the two secret ballot elections we have already had.

Each delegation should vote for two Governments and the three which have been nominated are Venezuela, Brazil and Jamaica.

A vote was taken by secret ballot.  
Se procede a votación secreta.

The PRESIDENT: The results of the vote are as follows:

<u>Number of ballots cast:</u>	24
<u>Número de boletas:</u>	24
<u>Number of valid ballots:</u>	24
<u>Número de boletas válidas:</u>	24
<u>Number of invalid ballots:</u>	0
<u>Número de boletas no válidas:</u>	0
<u>Required majority:</u>	13
<u>Mayoría requerida:</u>	13

Number of votes obtained:  
Número de votos recibidos:

Brazil	- 18
Jamaica	- 8
Venezuela	- 18

Decision: Having obtained the required majority, Brazil and Venezuela were elected.

Decisión: Brasil y Venezuela son elegidos al recibir la mayoría de votos requeridos.

The PRESIDENT: I would request the Rapporteur to prepare a resolution on the item.

ITEM 36: AMENDMENTS TO THE FINANCIAL REGULATIONS OF THE PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION

TEMA 36: ENMIENDAS AL REGLAMENTO FINANCIERO DE LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

Dr. COONEY (Chief, Budget and Finance): This presentation covers the amendments to the Financial Regulations of the Pan American Health Organization as outlined in Document CSP20/13. With the adoption of a biennial program and budget cycle beginning with the 1980-1981 biennium, amendments to the Financial Regulations of the Pan American Health Organization are required to implement it. The current Financial Regulations are contained in Official Document 145, on pages 87 to 97, in both the English and Spanish editions. The proposed amendments are included in the Annex of Document CSP20/13, which also contains the current regulations. In preparing these amendments, we have studied closely the new Financial Regulations of the World Health Organization and their implementation of the WHO biennial program and budget. Many of the changes are made to delete reference to annual program and budget and to change financial year to financial period. These changes are self-explanatory.

The changes under Article V (pages 4, 5 and 6) are important changes relating to the quota assessments for the Member Governments. These changes may be summarized as follows: There will be one quota assessment for the two-year period of the biennium. This quota assessment will be payable in equal annual installments, with the first installment payable in the first year of the biennium and the second installment payable in the second year of the biennium. The Directing Council may amend the assessment for the second year of the biennium or adjust the amount of the appropriations for the financial period. If so, the amount of the assessment relating to the second year may be revised. The installment payments are due on the first day of the year to which they relate. The detail of changes under Article 5

are as follows: financial year is changed to financial period. Paragraph 5.3 is a new paragraph. It provides for the adoption of the total budget for the two-year period, and for the payment of the assessed contributions in two equal annual installments. It also allows for the amendment of the amounts to be assessed which are due for the second year of the biennial period, if necessary.

Paragraph 5.4 covers the procedures whereby the Director, through the OAS, informs the Member Governments of their commitments in respect of contributions for the financial period and requests Member Countries to remit the first and second installments of their contributions for the financial period. Paragraph 5.5 is a new paragraph. It provides for procedures enabling the Director, through the OAS, to inform the Member Governments and request payment of any revised commitment with respect to their contribution if the Directing Council decides to amend the assessments for the second year or adjust the amount of the appropriation to be financed by contributions from the Member Countries for the financial period.

Paragraph 5.6 provides that the annual installments are due on the first day of the year to which they relate and, as of 1 January the following year, the unpaid balance of such contributions is considered to be one year in arrears.

Paragraph 5.2 provides for quota contributions by new Members. If a new membership begins during the first year of the biennium, the assessment is for the full two-year period of the biennium. If the new membership starts in the second year of the biennium the assessment will be for the second year only. Under Article XI on page 7 concerning the accounts, the proposed changes in paragraphs 11.3, 11.4, 11.5, and 11.6 provide that financial accounts be presented at the close of each calendar year. At the end of the first year, the Director will present an interim financial report on the accounts as of the close of that year. At the end of the biennium, a final financial report covering the accounts for the entire two years of the biennium will be presented.

Article XII concerning external audit is covered on pages 8, 9, and 10. These proposed changes will provide for an audit by the External Auditor of the interim statements at the end of the first year of the biennium and also an audit of the final statement at the end of the biennium. In summary, the proposed amendments to the Financial Regulations are required to implement the biennial program and budget cycle of the Organization.

The Financial Regulations, in Article XV, paragraph 15.1, provide that these Regulations shall be effective as of the date of their approval by the Directing Council and may be amended only by the Directing Council or the Pan American Sanitary Conference. The Director recommends the approval of these proposed amendments. An appropriate resolution to this effect is contained in the document.

Other changes are required to implement the biennial program and budget cycle; they affect the Financial Rules. The Financial Rules are issued by the Director, subject to confirmation by the Executive Committee. The Director will issue any required amendments to these Rules based upon the approval of the proposed amendments to the Financial Regulations. These amendments to the Financial Rules will then be submitted to the Executive Committee for confirmation at its meeting in June 1979.

After consultation with the Director-General of WHO, it has been determined that the agreement between PAHO and WHO does not need to be revised to implement the biennial program and budget for PAHO. However, some minor changes will be required in the OAS/PAHO Agreement. Those changes need not be made at this time and will be included at a later date with other substantive changes contemplated in the Agreement.

The PRESIDENT: If there are no questions or comments, I will ask the Rapporteur to read the proposed resolution.

El RELATOR: Vamos a dar lectura al proyecto de resolución ubicado en la página 2 del Documento CSP20/13.

"THE XX PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Considering that the Conference has decided to adopt a biennial program and budget cycle for the Pan American Health Organization beginning with the 1980-1981 biennium;

Aware that it is necessary to amend the Financial Regulations of PAHO to enable the Organization to implement a biennial program and budget cycle;

Bearing in mind that the Financial Regulations of PAHO provide that the Financial Regulations may be amended only by the Directing Council or the Pan American Sanitary Conference; and

Having examined the proposed amendments to the Financial Regulations contained in the Annex to Document CSP20/13,

RESOLVES:

To adopt the amendments to the Financial Regulations as set forth in the Annex to Document CSP20/13." ))

PROPOSED AMENDMENTS TO THE  
FINANCIAL REGULATIONS OF THE PAN AMERICAN  
HEALTH ORGANIZATION

Current

Proposed

Article II - The Financial Period

- 2.1 The financial year shall be the period 1 January through 31 December.
- 2.1 The financial period shall be two consecutive calendar years beginning with an even numbered year.

Article III - The Budget

- 3.1 The proposed annual program and budget shall be prepared by the Director of the Pan American Sanitary Bureau
- 3.1 The proposed program and budget for the financial period shall be prepared by the Director of the Pan American Sanitary Bureau.
- 3.2 The estimates shall cover expenditures for the financial year to which they relate, and shall be presented in U.S. dollars.
- 3.2 The budget estimates shall cover expenditures for the financial period to which they relate, and shall be presented in U.S. dollars.
- 3.3 The annual budget estimates shall be divided into parts, sections, chapters, and articles, and shall be accompanied by such information annexes and explanatory statements as may be requested on behalf of the Conference or the Directing Council, and such further annexes or statements as the Director may deem necessary and useful.
- 3.3 The budget estimates shall be divided into parts, annexes and explanatory statements as may be requested on behalf of the Conference, the Directing Council, or the Executive Committee, and such further annexes or statements as the Director may deem necessary and useful.

Article III - The Budget

(continued)

- |     |   |     |   |
|-----|---|-----|---|
| 3.4 | The Director shall submit the proposed annual program and budget to the Executive Committee for examination.  | 3.4 | The Director shall submit the proposed biennial program and budget to the Executive Committee for examination.  |
| 3.7 | The budget for the following financial year shall be adopted by the Conference or the Directing Council.  | 3.7 | The budget for the following financial period shall be adopted by the Conference or the Directing Council.  |
| 3.9 | The Director shall prepare supplementary estimates in a form consistent with the annual estimates and shall submit such estimates to the Executive Committee for examination and recommendation. The Director shall submit to the Conference or Directing Council for consideration the supplementary estimates, together with the comments of the Executive Committee. | 3.9 | The Director shall prepare supplementary estimates in a form consistent with the budget estimates and shall submit such estimates to the Executive Committee for examination and recommendation. The Director shall submit to the Conference or Directing Council for consideration the supplementary estimates, together with the comments of the Executive Committee. |

Article IV - Appropriations

- 4.2 Appropriations shall be available for obligation for the financial year to which they relate.
- 4.3 Appropriations shall remain available for twelve months following the end of the financial year to which they relate, to the extent that they are required to discharge the outstanding legal obligations as of 31 December of that year, except for amounts obligated for fellowship awards, which shall remain available until the fellowship is completed. Any remaining balance of appropriations will revert to the Working Capital Fund.
- 4.4 At the end of the twelve-month period provided in Regulation 4.3, the remaining balance of any appropriations will revert to the Working Capital Fund. Except for obligations in respect to fellowships as provided in Regulation 4.3, any unliquidated obligations of the prior twelve months shall at that time be canceled; where the obligation remains a valid charge, it shall be transferred as an obligation against current appropriations.
- 4.2 Appropriations shall be available for obligation for the financial period to which they relate.
- 4.3 Appropriations shall remain available for twelve months following the end of the financial period to which they relate, to the extent that they are required to discharge the outstanding legal obligations of that period, except for amounts obligated for fellowship awards, which shall remain available until the fellowship is completed. Any remaining balances or appropriations will revert to Miscellaneous Income.
- 4.4 At the end of the twelve-month period provided in Regulation 4.3, the remaining balance of any appropriations will revert to Miscellaneous Income. Except for obligations in respect to fellowships as provided in Regulation 4.3, any unliquidated obligations of the prior period shall at that time be canceled; where the obligation remains a valid charge, it shall be transferred as an obligation against current appropriations.



Article V - Provision of Funds

5.2 In the assessment of the contributions of Member States, adjustments shall be made to the amount of the appropriations approved by the Directing Council for the following financial year in respect of:

5.2 In the assessment of the contributions of Member States, adjustments shall be made to the amount of the appropriations approved by the Directing Council for the following financial period in respect of:

5.3 (New paragraph) The Directing Council shall adopt the total budget, and the amounts of the assessments, determined in accordance with Article 60 of the Pan American Sanitary Code, for the financial period. The assessed contributions of Members shall be divided into two equal annual installments. The first installment shall relate to the first year and the second installment shall relate to the second year of the financial period. During the first year of the financial period, the Directing Council may decide to amend the amounts of assessments for the second year of the financial period.

5.3 After the Directing Council has voted the appropriations the Director shall request the Secretary General of the Organization of American States to:

5.4 (Previously 5.3) After the Directing Council has voted the appropriations, the Director shall request the Secretary General of the Organization of American States to:

(b) Inform Member States of their commitments in respect of annual contributions;

(b) Inform Member States of their commitments in respect of contributions for the financial period;

(c) Request Member States to remit their contributions.

(c) Request Member States to remit the first and second installments of their contributions for the financial period.

Article V - Provision of Funds

(continued)

- 5.4 Contributions shall be considered as due and payable in full within 30 days of the receipt of the communication of the Secretary General of the Organization of American States, or as of the first day of the financial year to which they relate, whichever is the later. As of 1 January of the following financial year, the unpaid balance of such unpaid contributions shall be considered to be one year in arrears.
- 5.5 Annual contributions shall be assessed in United States dollars and paid in United States dollars.
- 5.5 (New paragraph) If the Directing Council decides to amend the amounts of the assessments for the second year, or to adjust the amount of the appropriations to be financed by contributions from Member States for the financial period, the Director shall request the Secretary General of the Organization of American States to inform Member States of their revised commitments in respect of contributions for the financial period and to request Member States to remit the revised second installment of their contributions.
- 5.6 (Previously paragraph 5.4) Installments of contributions shall be considered as due and payable in full within 30 days of the receipt of the communication of the Secretary General of the Organization of American States as referred to in either Regulation 5.4 or 5.5, or as of the first day of the year to which they relate, whichever is the later. As of 1 January of the following year, the unpaid balance of such contributions shall be considered to be one year in arrears.
- 5.7 (Previously paragraph 5.5) Contributions shall be assessed in U.S. dollars and paid in U.S. dollars.

Article V - Provision of Funds

(continued)

\*5.6 (Changed to 5.8. No change in text)

\*5.8 (Previously 5.6. No change in text)

\*5.7 (Changed to 5.9. No change in text)

\*5.9 (Previously 5.7. No change in text)

5.8 New Members shall be required to make a quota contribution for the year in which they become Members.

5.10 (Previously paragraph 5.8) New Members shall be required to make a quota contribution for the financial period in which they become Members. If membership begins at any time during the first year of a financial period, new Members will be assessed for the full two-year period. If membership begins at any time during the second year of a financial period, new Members will be assessed for the second year only.

Article VI - Funds

6.4 The Working Capital Fund shall be used to finance budgetary appropriations during a financial year and the fund shall be reimbursed as soon as and to the extent that income is available for that purpose.

6.4 The Working Capital Fund shall be used to finance budgetary appropriations during a financial period and the Fund shall be reimbursed as soon as and to the extent that income is available for that purpose.

\*No changes in the texts of these two paragraphs are required to effect biennial program and budgeting.

Article VII - Other Income

- 7.1 (b) Refunds of direct expenditures made during the financial year;
- 7.4 Monies accepted in respect of which no purpose is specified shall be treated as miscellaneous income and reported as "gifts" in the annual accounts.
- 7.1 (b) Refunds of direct expenditures made during the financial period;
- 7.4 Monies accepted in respect of which no purpose is specified shall be treated as miscellaneous income and reported as "gifts" in the accounts.

Article XI - The Accounts

- 11.3 (New paragraph) At the end of the first year of the financial period the Director shall prepare interim accounts showing the actual income received and expenditure incurred during that year, together with a statement of assets and liabilities at the close of that year.
- 11.4 (New paragraph) At the end of the second year of the financial period the Director shall prepare final accounts, showing the actual income received and expenditure incurred during the financial period, together with a statement of assets and liabilities at the close of the year.

Article XI - The Accounts

(continued)

11.3 The final accounts of the Organization shall be presented in U.S. dollars. The accounting records may, however, be kept in such currencies as the Director may deem necessary.

11.5 (Previously paragraph 11.3) The interim and final accounts of the Organization shall be presented in U.S. dollars. The accounting records may, however, be kept in such currency or currencies as the Director may deem necessary.

11.4 The final accounts shall be submitted to the External Auditor not later than 31 March following the end of the period to which they relate.

11.6 (Previously paragraph 11.4) The interim and final accounts shall be submitted to the External Auditor(s) not later than 31 March following the end of the year or financial period to which they relate.

Article XII - External Audit

12.9 The Auditor(s) shall issue a report on the audit of the financial statements and relevant schedules which shall include such information as he/they deem(s) necessary in regard to Financial Regulation 12.5. The report of the Auditor(s) on the financial statements should include:

12.9 The Auditor(s) shall issue a report on the audit of the interim and final financial statements and relevant schedules which shall include such information as he/they deem(s) necessary in regard to Financial Regulation 12.5. The report of the Auditor(s) on the financial statements should include:

Article XII - External Audit

(continued)

12.9 (c) The Auditor(s) shall express and sign an opinion in the following terms:

"I/We have examined the following appended financial statements, numbered...to...properly identified, and relevant schedules of the Pan American Health Organization for the year ended 31 December.... My/Our examination included a general review of the accounting procedures and such tests of the accounting records and other supporting evidence as we considered necessary in the circumstances. As a result of my/our examination I/we am/are of the opinion that the financial statements properly reflect the recorded financial transactions for the year, which transactions were in accordance with the Financial Regulations and legislative authority and present fairly the financial position as at 31 December...." adding, should it be necessary, "subject to the observations in my/our foregoing report."

12.9 (c) The Auditor(s) shall express and sign an opinion in the following terms:

"I/We have examined the following appended financial statements, numbered...to...properly identified, and relevant schedules of the Pan American Health Organization for the year/financial period ended 31 December.... My/Our examination included a general review of the accounting procedures and such tests of the accounting records and other supporting evidence as I/we considered necessary in the circumstances. As a result of my/our examination I/we am/are of the opinion that the financial statements properly reflect the recorded financial transactions for the year/financial period, which transactions were in accordance with the Financial Regulations and legislative authority and present fairly the financial position as at 31 December...." adding, should it be necessary, "subject to the observations in my/our foregoing report."

Article XII - External Audit

(continued)

12.9 (d) The report(s) shall be transmitted through the Executive Committee, together with the audited financial statements, to the Directing Council not later than 15 April following the end of the financial year to which the accounts relate. The Executive Committee shall examine the financial statements and the audit report(s) and shall forward them to the Directing Council with such comments as it deems necessary.

12.9 (d) The report(s) shall be transmitted through the Executive Committee, together with the audited financial statements, to the Directing Council not later than 15 April following the end of the year or financial period to which the accounts relate. The Executive Committee shall examine the financial statements and the audit report(s) and shall forward them to the Directing Council with such comments as it deems necessary.

" LA XX CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Considerando que la Conferencia ha decidido adoptar un ciclo de programa y presupuesto bienal para la Organización Panamericana de la Salud, empezando con el bienio de 1980-1981;

Consciente de que es necesario modificar el Reglamento Financiero de la OPS a fin de que ésta pueda establecer un ciclo de programa y presupuesto bienal;

Teniendo en cuenta que el Reglamento Financiero de la OPS estipula que éste solo podrá ser modificado por el Consejo Directivo o la Conferencia Sanitaria Panamericana; y

Habiendo examinado las enmiendas propuestas al Reglamento Financiero contenidas en el Anexo al Documento CSP20/13,

RESUELVE:

Aprobar las enmiendas al Reglamento Financiero como figura en el Anexo al Documento CSP20/13".



ENMIENDAS PROPUESTAS AL REGLAMENTO  
FINANCIERO DE LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

Actual Propuesto

Artículo II - El Período Económico

2.1 El ejercicio económico será el período comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre. 2.1 El período económico constará de dos años civiles consecutivos iniciados en un año de número par.

Artículo III - El Presupuesto

3.1 El proyecto de programa y presupuesto anual será preparado por el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana. 3.1 El proyecto de programa y presupuesto para el período económico será preparado por el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana.

3.2 El proyecto de presupuesto comprenderá los gastos correspondientes al ejercicio económico al cual se refiera, y las cantidades serán expresadas en dólares de los Estados Unidos de América. 3.2 El proyecto de presupuesto comprenderá los gastos correspondientes al período económico al cual se refiera, y las cantidades serán expresadas en dólares de los Estados Unidos de América.

3.3 El proyecto de presupuesto anual estará dividido en títulos, secciones, capítulos y partidos, e irá acompañado de aquellos anexos informativos y exposiciones explicativas que puedan ser pedidos en nombre de la Conferencia o del Consejo Directivo, y de aquellos anexos y exposiciones adicionales que el Director pueda considerar necesarios y útiles. 3.3 El proyecto de presupuesto estará dividido en títulos, e irá acompañado de aquellos anexos informativos y exposiciones explicativas que puedan ser pedidos en nombre de la Conferencia, del Consejo Directivo o del Comité Ejecutivo, y de aquellos anexos y exposiciones adicionales que el Director pueda considerar necesarios y útiles.

Actual

Propuesto

Artículo III - El Presupuesto

(continuación)

- |     |  |     |   |
|-----|--|-----|---|
| 3.4 | El Director presentará el proyecto de programa y presupuesto anual al Comité Ejecutivo, para que éste lo examine.  | 3.4 | El Director presentará el proyecto de programa y presupuesto bienal al Comité Ejecutivo, para que este lo examine.  |
| 3.7 | El presupuesto para el siguiente ejercicio económico será aprobado por la Conferencia o por el Consejo Directivo.  | 3.7 | El presupuesto para el siguiente período económico será aprobado por la Conferencia o por el Consejo Directivo.   |
| 3.9 | El Director preparará los proyectos de presupuesto suplementarios en forma congruente con el proyecto de presupuesto anual, y presentará dichos proyectos al Comité Ejecutivo, para que este los examine y formule las recomendaciones que estime pertinentes. El Director someterá a la Conferencia o al Consejo Directivo, para su consideración, los proyectos de presupuesto suplementarios, junto con las observaciones formuladas por el Comité Ejecutivo. | 3.9 | El Director preparará los proyectos de presupuesto suplementarios en forma congruente con el proyecto de presupuesto, y presentará dichos proyectos al Comité Ejecutivo para que este los examine y formule las recomendaciones que estime pertinentes. El Director someterá a la Conferencia o al Consejo Directivo, para su consideración, los proyectos de presupuesto suplementarios, junto con las observaciones formuladas por el Comité Ejecutivo. |

Actual

Propuesto

Artículo IV - Consignación de Créditos

4.2 Los créditos consignados estarán disponibles para cubrir las obligaciones durante el ejercicio económico para el cual hayan sido aprobados.

4.2 Los créditos consignados estarán disponibles para cubrir las obligaciones durante el período económico para el cual hayan sido aprobados.

4.3 Los créditos consignados permanecerán disponibles por un plazo de doce meses a contar de la fecha del cierre del ejercicio económico para el cual fueron aprobados, en la medida necesaria para saldar las obligaciones legales pendientes al 31 de diciembre del año correspondiente a dicho ejercicio, excepto en lo referente a las cantidades asignadas para becas, que permanecerán disponibles hasta la terminación de la beca correspondiente. El saldo no utilizado de los créditos consignados revertirá al Fondo de Trabajo.

4.3 Los créditos consignados permanecerán disponibles por un plazo de doce meses a contar de la fecha del cierre del período económico para el cual fueron aprobados, en la medida necesaria para saldar las obligaciones legales pendientes relativas a ese período, excepto en lo referente a las cantidades asignadas para becas, que permanecerán disponibles hasta la terminación de la beca correspondiente. El saldo no utilizado de los créditos consignados revertirá a Ingresos Diversos.

4.4 Al expirar el plazo de doce meses estipulado en el párrafo 4.3, el saldo pendiente de cualquier crédito consignado revertirá al Fondo de Trabajo. Toda obligación por liquidar de los doce meses anteriores, excepto las obligaciones contraídas respecto a becas, como se establece en el párrafo 4.3, será entonces anulada a menos que la obligación conserve su validez, en cuyo caso será transferida como obligación pagadera con cargo a los créditos consignados para el ejercicio económico en curso.

4.4 Al expirar el plazo de doce meses estipulado en el párrafo 4.3, el saldo pendiente de cualquier crédito consignado revertirá a Ingresos Diversos. Toda obligación por liquidar de los doce meses anteriores, excepto las obligaciones contraídas con respecto a becas, como se establece en el párrafo 4.3, será entonces anulada a menos que la obligación conserve su validez, en cuyo caso será transferida como obligación pagadera con cargo a los créditos consignados para el período económico en curso.

Artículo V - Provisión de Fondos

5.2 Se ajustará el importe de las cuotas asignadas a los Estados Miembros en función del total de los créditos consignados por el Consejo Directivo para el ejercicio económico siguiente, habida cuenta de:

5.2 Se ajustará el importe de las cuotas asignadas a los Estados Miembros en función del total de los créditos consignados por el Consejo Directivo para el período económico siguiente, habida cuenta de:

5.3 Una vez que el Consejo Directivo haya aprobado el presupuesto, el Director solicitará del Secretario General de la Organización de los Estados Americanos, que:

5.3 (Nuevo párrafo) El Consejo Directivo aprobará el presupuesto total y los importes de las cuotas, determinadas de conformidad con el Artículo 60 del Código Sanitario Panamericano, correspondiente al período económico. Las cuotas asignadas de los Miembros se dividirán en dos pagos anuales de igual cantidad, el primero de los cuales corresponderá al primer año y el segundo pago corresponderá al segundo año del período económico. Durante el primer año del período económico, el Consejo Directivo podrá decidir modificar los importes de las cuotas correspondientes al segundo año del período económico.

5.4 (Antes 5.3) Una vez que el Consejo Directivo haya aprobado el presupuesto, el Director solicitará del Secretario General de la Organización de los Estados Americanos que:

5.4 (Antes 5.3) Una vez que el Consejo Directivo haya aprobado el presupuesto, el Director solicitará del Secretario General de la Organización de los Estados Americanos que:

(b) Comunique a los Estados Miembros el importe de sus obligaciones en concepto de cuota anual;

(b) Comunique a los Estados Miembros el importe de sus obligaciones en concepto de cuota para el período económico;

(c) Solicite de los Estados Miembros se sirvan remitir el importe de sus cuotas.

(c) Solicite de los Estados Miembros se sirvan remitir el importe de sus cuotas correspondientes al período económico.

Actual

Propuesto

Artículo V - Provisión de Fondos(continuación)

5.5 (Nuevo párrafo) Si el Consejo Directivo decide modificar el importe de las cuotas correspondientes al segundo año, o ajustar el importe de las consignaciones que han de ser financiadas mediante las cuotas de los Estados Miembros correspondientes al período económico, el Director solicitará del Secretario General de la Organización de los Estados Americanos que comunique a los Estados Miembros la modificación del importe de sus obligaciones en concepto de cuota para el período económico y que solicite de los Estados Miembros se sirvan remitir el importe modificado de su cuota correspondiente al segundo año del período económico.

5.4 Las cuotas deberán considerarse como vencidas y pagaderas en su totalidad dentro de los 30 días siguientes al recibo de la comunicación del Secretario General de la Organización de los Estados Americanos, o al primer día del ejercicio económico al cual correspondan, según cual sea el plazo que venza más tarde. El 1 de enero del siguiente ejercicio económico, se considerará que el saldo que quede por pagar de esas cuotas lleva un año de mora.

5.6 (Antes 5.4) Los pagos de las cuotas deberán considerarse como vencidas y pagaderos en su totalidad dentro de los 30 días siguientes al recibo de la comunicación del Secretario General de la Organización de los Estados Americanos a que se hace referencia en el párrafo 5.4 o en el párrafo 5.5, o el primer día del año al cual correspondan, según cual sea el plazo que venza más tarde. El 1 de enero del año siguiente se considerará que el saldo que quede por pagar de esas cuotas lleva un año de mora.

5.5 Las cuotas anuales serán calculadas y pagadas en dólares de los Estados Unidos de América.

5.7 (Antes 5.5) Las cuotas serán calculadas y pagadas en dólares de los Estados Unidos de América.

Artículo V - Provisión de Fondos

(continuación)

\*5.6 (Propuesto 5.8. No cambia el texto)

\*5.8 (Antes 5.6. No cambia el texto)

\*5.7 (Propuesto 5.9. No cambia el texto)

\*5.9 (Antes 5.7. No cambia el texto)

5.8 Los nuevos Miembros deberán pagar una cuota por el año que queden admitidos como Miembros.

5.10 (Antes 5.8) Los nuevos Miembros deberán pagar una cuota correspondiente al período económico en que queden admitidos como Miembros. Si la calidad de Miembro comienza en cualquier fecha durante el primer año de un período económico, a los nuevos Miembros se les asignará la totalidad de la cuota correspondiente al período de dos años. Si la calidad de Miembro comienza en cualquier fecha durante el segundo año de un período económico, a los nuevos Miembros se les asignará una cuota correspondiente únicamente al segundo año.

Artículo VI - Fondos

6.4 El Fondo de Trabajo se utilizará para financiar consignaciones presupuestarias durante el ejercicio económico y se reembolsará al Fondo en cuanto y en la medida que haya ingresos disponibles para este fin.

6.4 El Fondo de Trabajo se utilizará para financiar consignaciones presupuestarias durante el período económico y se reembolsará al Fondo en cuanto y en la medida que haya ingresos disponibles para ese fin.

\*No se necesitan cambios en los textos de estos dos párrafos para establecer el ciclo de programa y presupuesto bienal.

Actual

Propuesto

Artículo VII - Otros Ingresos

- 7.1 (b) Los reembolsos directos de gastos hechos durante el ejercicio económico;
- 7.1 (b) Los reembolsos directos de gastos hechos durante el período económico;
- 7.4 Los fondos aceptados respecto de los cuales no se haya especificado ningún fin serán considerados como ingresos diversos o inscritos como "donaciones" en las cuentas anuales.
- 7.4 Los fondos aceptados respecto de los cuales no se haya especificado ningún fin serán considerados como ingresos diversos o inscritos como "donaciones" en las cuentas.

Artículo XI - Cuentas

- 11.3 (Nuevo párrafo) Al cierre del primer año del período económico, el Director preparará cuentas provisionales, en las que se mostrarán los ingresos reales recibidos y los gastos efectuados durante ese año, junto con un estado del activo y el pasivo al cierre de ese año.
- 11.4 (Nuevo párrafo) Al cierre del segundo año del período económico, el Director preparará el estado de cuentas final, en el que se mostrarán los ingresos reales recibidos y los gastos efectuados durante el período económico, junto con un estado del activo y el pasivo al cierre de ese año.

Artículo XI - Cuentas

(continuación)

- 11.3 Las cuentas definitivas de la Organización serán presentadas en dólares de los Estados Unidos de América. Los registros de contabilidad podrán llevarse, sin embargo, en la moneda o las monedas que el Director considere convenientes.
- 11.4 Las cuentas definitivas se presentarán al Auditor Externo a más tardar el 31 de marzo siguiente al cierre del ejercicio a que correspondan.
- 11.5 (Antes 11.3) Las cuentas provisionales y definitivas de la Organización serán presentadas en dólares de los Estados Unidos de América. Los registros de contabilidad podrán llevarse, sin embargo, en la moneda o las monedas que el Director considere convenientes.
- 11.6 (Antes 11.4) Las cuentas provisionales y definitivas se presentarán al auditor o auditores externo(s) a más tardar el 31 de marzo siguiente al cierre del período económico a que correspondan.

Artículo XII - Comprobación de las Cuentas por Auditores Externos

- 12.9 El auditor o los auditores presentarán un informe sobre la intervención de los estados de cuentas y los cuadros correspondientes, en el que formularán las observaciones que estimen oportunas respecto de las cuestiones mencionadas en el párrafo 12.5. En el informe del auditor o los auditores se indicará:
- 12.9 El auditor o los auditores presentarán un informe sobre la intervención de los estados de cuentas provisionales y definitivos y los cuadros correspondientes, en el que formularán las observaciones que estimen oportunas respecto de las cuestiones mencionadas en el párrafo 12.5. En el informe del auditor o los auditores sobre los estados de cuentas se indicará:



Actual

Propuesto

Artículo XII - Comprobación de las Cuentas por Auditores Externos

(continuación)

12.9 (c) El auditor o los auditores emitirán y firmarán un dictamen redactado en los siguientes términos:

"He/Hemos examinado los adjuntos estados de cuentas numerados del . . . al . . . y debidamente identificados, y los cuadros correspondientes de la Organización Panamericana de la Salud respecto del ejercicio económico terminado el 31 de diciembre de . . . . Mi/Nuestro examen ha comprendido una revisión general de los métodos de contabilidad y una verificación de los comprobantes de cuentas y otros documentos acreditativos que hemos considerado necesario inspeccionar, en atención a las circunstancias. De resultados de ese examen, opino/opinamos que los estados de cuentas reflejan debidamente las operaciones financieras consignadas respecto del ejercicio, y dan idea cabal de la situación financiera en 31 de diciembre de . . . y que las citadas operaciones se han efectuado de conformidad con el Reglamento Financiero y con las instrucciones de los Cuerpos Directivos"; en caso necesario, se agregará lo siguiente: "con las salvedades expresadas en el informe que antecede";

12.9 (c) El auditor o los auditores emitirán y firmarán un dictamen redactado en los siguientes términos:

"He/Hemos examinado los adjuntos estados de cuentas numerados del . . . al . . . y debidamente identificados, y los cuadros correspondientes de la Organización Panamericana de la Salud respecto del año/período económico terminado el 31 de diciembre de . . . . Mi/Nuestro examen ha comprendido una revisión general de los métodos de contabilidad y una verificación de los comprobantes de cuentas y otros documentos acreditativos que he/hemos considerado necesario inspeccionar, en atención a las circunstancias. De resultados de ese examen, opino/opinamos que los estados de cuentas reflejan debidamente las operaciones financieras consignadas respecto del año/período económico, y dan idea cabal de la situación financiera el 31 de diciembre de . . . y que la citadas operaciones se han efectuado de conformidad con el Reglamento Financiero y con las instrucciones de los Cuerpos Directivos"; en caso necesario, se agregará lo siguiente: "con las salvedades expresadas en el informe que antecede";

Actual

Propuesto

Artículo XII - Comprobación de las Cuentas por Auditores Externos

(continuación)

12.9 (d) Los informes del auditor e de los auditores, junto con los estados de cuentas intervenidos, serán transmitidos por conducto del Comité Ejecutivo al Consejo Directivo, a más tardar, el 15 de abril siguiente al cierre de cada ejercicio. El Comité Ejecutivo examinará los estados de cuentas y los informes de intervención y los transmitirá al Consejo Directivo con las observaciones que estime oportunas.

12.9 (d) Los informes del auditor e de los auditores, junto con los estados de cuentas intervenidos, serán transmitidos por conducto del Comité Ejecutivo al Consejo Directivo, a más tardar, el 15 de abril siguiente al cierre del período económico. El Comité Ejecutivo examinará los estados de cuentas y los informes de intervención y los transmitirá al Consejo Directivo con las observaciones que estime oportunas.

The PRESIDENT: Any objection to the proposed resolution? If there is no objection, the resolution is adopted.

Decision: The proposed resolution was unanimously approved.

Decisión: Se aprueba el proyecto de resolución por unanimidad.

ITEM 38: APPOINTMENT OF THE EXTERNAL AUDITOR  
TEMA 38: NOMBRAMIENTO DEL AUDITOR EXTERNO

Mr. MULDOON (Chief of Administration): The Directing Council at its XXV Meeting in 1977, appointed Mr. Sven-Ivar Ivarsson to succeed Mr. Lars Lindmark as External Auditor of the Pan American Health Organization for the financial years 1978-1979. The Director regrets to inform the Conference that Mr. Sven-Ivar Ivarsson died in October 1977 as the result of an automobile accident. It is necessary, therefore, for the Conference to appoint an External Auditor for this financial period. It is the practice of the World Health Organization and the Pan American Health Organization to have the same External Auditor. Sir Douglas Henley, Comptroller and Auditor General of the United Kingdom was appointed External Auditor of the World Health Organization at the XXXI World Health Assembly for the financial years 1978-1979. In view of this, the Conference may wish to appoint Sir Douglas Henley External Auditor of PAHO in a resolution as outlined in Document CSP20/14. In addition, the Executive Committee, at its 80th Meeting last June, approved a resolution on this item, which is annexed to document CSP20/14. The resolution recommends to the Conference that it approve a resolution noting with regret the resignation of Mr. Lars Lindmark and expressing its appreciation for his performance as the External Auditor of the Organization.

El RELATOR: Voy a dar lectura al proyecto de resolución ubicada en la página 1 del Documento CSP20/14.

"THE XX PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Having been informed of the untimely death of Mr. Sven-Ivar Ivarsson;  
and

Bearing in mind that it has been the practice of the World Health Organization and the Pan American Health Organization to have the same External Auditor, and that Sir Douglas Henley, who has been appointed External Auditor of the World Health Organization for the years 1978 and 1979, has expressed his willingness to serve as External Auditor of the Pan American Health Organization,

RESOLVES:

1. To express to the Government of Sweden and the family of Mr. Sven-Ivar Ivarsson its deep regret over his untimely death.
2. To appoint Sir Douglas Henley External Auditor of the Pan American Health Organization for the financial years 1978 and 1979."

"LA XX CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo sido informada del fallecimiento prematuro del Sr. Sven-Ivar Ivarsson; y

Teniendo en cuenta que ha sido norma que el mismo Auditor Externo preste servicios a la Organización Mundial de la Salud y a la Organización Panamericana de la Salud, y que Sir Douglas Henley, quien ha sido nombrado Auditor Externo de la Organización Mundial de la Salud para los ejercicios de 1978 y 1979, ha declarado que está dispuesto a desempeñar el cargo de Auditor Externo de la Organización Panamericana de la Salud,

RESUELVE:

1. Transmitir al Gobierno de Suecia y a la familia del Sr. Sven-Ivar Ivarsson su profundo pesar por su prematuro fallecimiento.
2. Nombrar a Sir Douglas Henley Auditor Externo de la Organización Panamericana de la Salud para los ejercicios económicos de 1978 y 1979".

The PRESIDENT: Any comments? If there are no comments, the resolution is adopted.

Decision: The proposed resolution was unimously approved.

Decisión: Se aprueba el proyecto de resolución por unanimidad.

The PRESIDENT: I also ask the Rapporteur to read the proposed resolution of the Executive Committee.

El RELATOR: Voy a dar lectura al proyecto de resolución que figura en el Documento CSP20/14, Anexo.

"THE XX PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Having been informed of the resignation of Mr. Lars Lindmark as the External Auditor of the Pan American Health Organization; and

In consideration of the valuable services rendered to the Organization by the External Auditor in the exercise of his functions,

RESOLVES:

1. To note with regret the resignation of Mr. Lars Lindmark as the External Auditor of the Organization.

2. To express appreciation to Mr. Lindmark for the dedication he brought to the performance of his functions as the External Auditor of the Organization, and for his counsel in regard to the financial procedures of the Organization."

"LA XX CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Enterada de la renuncia del Sr. Lars Lindmark al cargo de Auditor Externo de la Organización Panamericana de la Salud, y

Considerando los valiosos servicios brindados a la Organización por el Auditor Externo en el ejercicio de sus funciones,

RESUELVE:

1. Tomar nota con pesar de la renuncia del Sr. Lars Lindmark al cargo de Auditor Externo de la Organización.

2. Manifestar su reconocimiento al Sr. Lars Lindmark por la dedicación con que desempeñó sus funciones de Auditor Externo de la Organización, como asimismo por su asesoría en relación con los procedimientos financieros de la Organización".

The PRESIDENT: Any comments? If there are no comments, the resolution is adopted.

Decision: The proposed resolution was unanimously approved.

Decisión: Se aprueba el proyecto de resolución por unanimidad.

- ITEM 39: OBSERVERS FROM SUBREGIONAL GOVERNMENTAL ORGANIZATIONS. HIPOLITO UNANUE AGREEMENT
- TEMA 39: OBSERVADORES DE ORGANIZACIONES SUBREGIONALES GUBERNAMENTALES. CONVENIO HIPOLITO UNANUE

El Dr. SALAZAR (OSP): Sr. Presidente, Sres. Delegados, ustedes tienen el Documento CSP20/24 en el tabulador 24, bajo el título "Observadores de organizaciones subregionales gubernamentales. Convenio Hipólito Unanue".

Con fecha 16 de febrero de 1978, el Dr. Alfredo Lynch, Secretario Ejecutivo del Convenio Hipólito Unanue solicitó al Director de la OSP que estudiara la posibilidad de permitir al Convenio que designe a un observador ante las reuniones de los Cuerpos Directivos de la OPS. El Director, en su respuesta al Dr. Lynch, le indicó que esta decisión correspondía a los Cuerpos Directivos de la Organización y sometió dicha solicitud a la consideración del Comité Ejecutivo en su 80a Reunión. En el Anexo I figuran copias de las cartas pertinentes.

Es conveniente señalar que al considerar la solicitud del Secretario Ejecutivo del Convenio Hipólito Unanue se debe tener en cuenta la existencia de otros convenios con características similares tales como la Conferencia de Ministros de Salud de Centro América y Panamá y la de los países de habla inglesa del Caribe, la Conferencia de Ministros de Relaciones Exteriores de los países de la Cuenca del Plata, CARICOM y el Acuerdo de Cartagena.

Por otra parte, cabe mencionar que a la Asamblea Mundial de la Salud asisten en calidad de observadores representantes de otras organizaciones intergubernamentales ajenas al sistema de las Naciones Unidas, tales como: el Comité Intergubernamental para las Migraciones Europeas, el Comité Internacional de Medicina y Farmacia Militares, la Organización Internacional de Protección Civil, la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico, la Liga de los Estados Arabes, la Organización de la Unidad Africana, la Oficina del Plan Colombo para Cooperación Técnica, y la Oficina Internacional de Epizootias.

Finalmente, se debe recordar que la OPS/OMS ha reconocido la importancia de los acuerdos subregionales para iniciar acciones en el sector salud dentro del contexto de la cooperación técnica entre países en desarrollo (CTPD) y ha venido colaborando con esos organismos en forma creciente tanto en actividades de cooperación técnica como de apoyo de Secretaría.

El Comité Ejecutivo en su 80a Reunión consideró la solicitud del Secretario Ejecutivo del Convenio Hipólito Unanue y aprobó la Resolución XXVIII en cuya parte resolutive dice:

1. Transmitir a la XX Conferencia Sanitaria Panamericana la solicitud presentada por el Convenio Hipólito Unanue junto con las observaciones que se formularon durante el debate en el Comité.

2. Recomendar a la XX Conferencia Sanitaria Panamericana que resuelva favorablemente la solicitud del Convenio Hipólito Unanue.

En cumplimiento de la anterior resolución, especialmente del numeral 1, se adjunta en el Anexo II, una copia del Acta correspondiente a la décimosexta sesión plenaria de la 80a Reunión del Comité Ejecutivo, en donde figuran las observaciones a las que se refiere el primer dispositivo.

The PRESIDENT: Any comments? No comments. I now ask the Rapporteur to pass the necessary documents with which we shall deal tomorrow. Immediately after the adjournment here, we have a meeting of the General Committee in Room E.

The session rose at 5:30 p.m.  
Se levanta la sesión a las 5:30 p.m.



# XX PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE

## XXX REGIONAL COMMITTEE MEETING

ST. GEORGE'S, GRENADA

SEPTEMBER - OCTOBER 1978

Tuesday, 3 October 1978, at 9:15 a.m.  
Martes, 3 de octubre de 1978, a las 9:15 a.m.

CSP20/MP/12

3 October 1978

ORIGINAL: ENGLISH-SPANISH

PROVISIONAL VERBATIM RECORD OF THE TWELFTH PLENARY SESSION  
ACTA PROVISIONAL TAQUIGRAFICA DE LA DUODECIMA SESION PLENARIA

President:  
Presidente:

Mr. H. J. Preudhomme

Grenada

Contents  
Indice

Report of the General Committee  
Informe de la Comisión General

Report of Committee II  
Informe de la Comisión II

(continued overleaf)  
(continúa al dorso)

Note: This verbatim record is provisional. Delegates are therefore requested to notify the Pan American Sanitary Bureau (Conference Services) of any changes they wish to have made in the text. The texts of the verbatim records will be published in the Proceedings of the Meeting.

Nota: Esta acta taquigráfica es provisional. Se ruega a los señores Delegados tengan a bien comunicar a la Oficina Sanitaria Panamericana (Servicio de Conferencias) las modificaciones que deseen ver introducidas en el texto. Los textos de las actas taquigráficas se publicarán en las Actas de la Reunión.



Contents (cont.)Indice (cont.)

Proposed Resolution Pending Approval  
Proyecto de resolución pendiente de aprobación

- Item 12: Reports of the Member Governments of the Organization on Public Health Conditions and Progress Achieved During the Period between the XIX and XX Pan American Sanitary Conferences (conclusion)
- 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 XIX y la XX Conferencia Sanitaria Panamericana (conclusión)

Item 19: Working Capital Fund

Tema 19: Fondo de Trabajo

Item 22: Report on the PAHO Award for Administration, 1978, and Proposal for Modification of its Procedure and Criteria

Tema 22: Informe sobre el Premio OPS en Administración, 1978, y propuestas de modificación de sus procedimientos y criterios

Item 24: Technical Discussions: "The Impact of Drugs on Health Costs: National and International Problems"

Tema 24: Discusiones Técnicas: "Repercusiones de los Medicamentos en el Costo de la Salud. Problemas Nacionales e Internacionales"

Item 25: Selection of the Topic for the Technical Discussions to be Held in 1980 during the XXVII Meeting of the Directing Council of PAHO, XXXII Meeting of the Regional Committee of WHO for the Americas

Tema 25: Selección del tema de las Discusiones Técnicas que tendrán lugar en 1980 durante la XXVII Reunión del Consejo Directivo de la OPS, XXXII Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas

The PRESIDENT: The twelfth plenary session is now called to order. The first item on the agenda is the report of the General Committee.

I now call on the Secretary to read the report.

REPORT OF THE GENERAL COMMITTEE  
INFORME DE LA COMISION GENERAL

The SECRETARY: Under the Chairmanship of the President of the Conference, the General Committee held its fifth session at 5:45 p.m. on Monday, 2 October 1978. Also present, along with the Rapporteur of the Conference, were Representatives of the following Delegations: Brazil, Cuba, Guatemala, United States of America, and Venezuela. The Committee reached the following agreements:

1. In view of the progress made in the plenary sessions and Committee II, all pending agenda items will be considered in plenary session, starting on Tuesday morning, 3 October 1978.
2. In view of the importance of Item 29: Extension of Health Services to the Underserved Populations in Rural and Urban Areas, the debate will be reopened in plenary session.
3. The following order of the day for the Twelfth Plenary Session will be established: a) Report of the General Committee; b) Consideration of Proposed Resolutions Pending Approval; c) Item 19: Working Capital Fund; d) Item 22: Report on the PAHO Award for Administration, 1978, and Proposal for Modification of its Procedure and Criteria; e) Item 24: Report on the Technical Discussions: "The Impact of Drugs on Health Costs: National and International Problems"; f) Item 25: Selection of the Topic for the Technical Discussions to be Held in 1980 during the XXVII Meeting of the Directing Council of PAHO, XXXII Meeting of the Regional Committee of WHO for the Americas; g) Item 27: Report on Amendments to the Staff Rules of the Pan American Sanitary Bureau; h) Item 29: Extension of Health Services to the Underserved Populations in Rural and Urban Areas; i) Item 35: Sociocultural Obstacles to Health Services Delivery; j) Item 37: Costs of Administering Grant Funds; k) Item 40: Other Matters.
4. Peru's proposed resolution, PR/16, will be brought to the attention of the plenary session under Item 40: Other Matters.
5. The General Committee will hold another session at the end of the afternoon session on Tuesday, 3 October 1978.

The PRESIDENT: I note that there are no objections to this Report. It is therefore accepted.

It was so agreed.

Así se acuerda.

REPORT OF COMMITTEE II  
INFORME DE LA COMISION II

Dr. KEY (United Kingdom, Rapporteur): Committee II has held four sessions between 27 September and 2 October 1978, under the chairmanship of Dr. Roquelino Recinos (Guatemala).

At its first session, the Committee elected Dr. Manuel Octavio Suazo (Honduras) Vice-Chairman and Dr. Penelope Key (United Kingdom), Rapporteur.

During the course of these sessions Committee II decided to recommend to the XX Pan American Sanitary Conference the adoption of resolutions on the following items: Control vs. eradication in malaria programs (PR/6); Report on the XI Inter-American Meeting, at the Ministerial Level, on Foot-and-Mouth Disease and Zoonoses Control (PR/7); Mechanisms for the establishment of official relations between PAHO and nongovernmental organizations (PR/8); The implications of dengue fever to the health economies of the countries of the Region (PR/13); Resolutions of the Thirty-first World Health Assembly of Interest to the Regional Committee of WHO for the Americas (PR/15).

The PRESIDENT: In the absence of comment, the report is approved.

It was so agreed.  
Así se acuerda.

PROPOSED RESOLUTION PENDING APPROVAL  
CONSIDERACION DEL PROYECTO DE RESOLUCION PENDIENTE DE APROBACION

Item 12: Reports of the Member Governments of the Organization on Public Health Conditions and Progress Achieved During the Period between the XIX and XX Pan American Sanitary Conferences (conclusion)  
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 XIX y la XX Conferencia Sanitaria Panamericana (conclusión)

El RELATOR: El proyecto de resolución sobre el tema dice así:

"THE XX PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Convinced that the reports from the Member Governments on health conditions and the progress achieved in the intervals between one Conference and the next provide extremely useful data and records of experience; and

Considering that their presentation by Governments constitutes one of the most important items on the agenda of the Conference,

RESOLVES:

To congratulate the Governments on the excellent reports presented by their Delegates to the Conference, and to underscore their value for future programming of the activities of the health sector."

"LA XX CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Persuadida de que los informes de los Gobiernos de la Organización sobre las condiciones de salud y los avances logrados en los intervalos entre una y otra Conferencia producen datos y resultados de experiencias de gran utilidad, y

Considerando que la presentación de los Gobiernos constituye uno de los temas más importantes del programa de la Conferencia,

RESUELVE:

Felicitar a los Gobiernos por los excelentes 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 Dr. CRUZ (Chile): Nuestra Delegación está perfectamente de acuerdo con los considerandos. Sin embargo creo que convendría sacar la parte en que nosotros mismos nos felicitamos por lo que hemos hecho. Creo que sale un poquito liviano que nos estemos felicitando y por mi experiencia, por lo menos en mi país, si algún clínico lee esto, ellos que tienen un cierto recelo a la gente que trabaja en salud pública, lo van a tomar como una muestra de poca seriedad. Yo me permitiría mantener los considerandos y dar una aclaración en el sentido de insistir en la conveniencia de mantener estos informes, e incluso que el Comité Ejecutivo busque alguna fórmula que permita homogeneizarlos, de tal manera que nos permitan establecer comparaciones, sacar consecuencias y hacer referencias al Plan Decenal de Salud para las Américas, etc., pero creo que debemos eliminar la autofelicitación.

Mr. BLACKETT (Trinidad and Tobago): Mr. President, the Rapporteur has produced a very elegant resolution, but my Delegation feels that the importance of this particular item on the agenda of the Conference has been over-emphasized.

As a matter of fact, we feel--and I believe the feeling is shared by several Delegations around the table--that the item is too time-consuming. In view of the expressed wish of some Delegations to reduce the length of time spent at the Conference, over-emphasizing the importance of this particular item is neither timely nor really accurate. My Delegation wishes to acknowledge the value of these contributions and appreciates that the sharing of experiences by countries may be very useful, as the proposed resolution says, in programming the activities of the health sector. Nevertheless, the item is too time-consuming and should be removed altogether from the agenda. Moreover, the importance of the item is over-emphasized in the second paragraph of the introductory part of the resolution.

I would like to propose that the second paragraph be amended to read "constitutes a useful and important item on the agenda."

Mr. ANDREW (United States of America): I want to associate our Delegation with the thoughts expressed by the distinguished Delegate of Trinidad and Tobago. Though this item is important, it is not as important as the language we have before us suggests, I would even go so far as to say that our meetings would improve and be considerably shortened if reports were submitted either in writing or orally, at the choice of the delegations.

Dr. BAKER (United Kingdom): I should like to associate myself entirely with the remarks of the last two speakers.

Mr. HOWELL (Barbados): The Delegation of Barbados would also like to associate itself with the remarks of the previous speakers of Trinidad and Tobago, United States of America, and the United Kingdom. Any effort that can be made to rationalize the procedures of the Governing Bodies should be attempted.

El Dr. ACUÑA (Director): Naturalmente los comentarios que ustedes han hecho en este momento acerca de ese proyecto de resolución nosotros los hemos tomado muy debidamente en cuenta. Quiero, sin embargo, llamar la atención de los Delegados acerca del hecho de que prácticamente no queda un solo Ministro de Salud en la Conferencia. Los Ministros de Salud son esencialmente individuos políticos. Se trata de puestos de alto nivel de decisión política y obviamente un individuo en un puesto de decisión política necesita tener un foro.

Creo que deberíamos pensar muy cuidadosamente acerca de lo que proponemos. La Secretaría y el Director simpatizan con la idea de reducir el tiempo de la Conferencia. Pero hay que considerar que esta Conferencia es de los Gobiernos, que la Organización es de los Gobiernos y que los máximos exponentes de los Gobiernos son los Ministros de Salud, cuyos nombramientos son neta y esencialmente políticos en la mayoría de los casos.

Creo que sería muy conveniente reflexionar acerca de cuál es el propósito de la asistencia de los Ministros a esta Conferencia, o al Consejo Directivo si fuera necesario. Tal vez sea el utilizar en cierto modo este foro internacional para hacer ver lo que su país se propone hacer o ha hecho en el campo de la salud y presentar una exposición de los avances de su país durante los últimos cuatro años.

El Dr. CRUZ (Chile): Si bien estoy de acuerdo en que el cargo de Ministro tiene un alto contenido político, no creo que podamos decir que en este momento los que estamos sentados aquí no estemos facultados para tomar la decisión. Yo por lo menos tengo plena autoridad para tomar cualquiera decisión en nombre de mi Ministro.

Me adhiero a la propuesta del Delegado de Trinidad y Tabago de que decidamos ahora suprimir este acuerdo. Este asunto tendrá que considerarse en el Comité Ejecutivo, donde se verá si se suprime, se limita o se estructura de otra manera. La proposición concreta es que ya que se había presentado, simplemente se eliminase la felicitación, pero estoy totalmente en favor de que suprimamos el acuerdo.

El Dr. VALLADARES (Venezuela): La Delegación de Venezuela cree que en ningún momento hemos tratado de eliminar la presentación cuatrienal de los Ministros, pero también cree que no es corriente que nos felicitemos a nosotros mismos. Porque no somos los que nos quedamos los que estamos felicitando a los Ministros que se fueron. Nos felicitamos nosotros mismos. Quizás podría sencillamente variarse un poco la terminología de la parte resolutive y en una segunda parte aprovechar la oportunidad para sugerir que ese informe cuatrienal, por lo menos en su parte evaluativa de la marcha de las acciones de salud de los países, tuviera un esquema uniforme, pero no para todo el informe, ya que los Ministros deben quedar en plena libertad de exponer solo los aspectos que como agentes políticos de sus gobiernos les interese presentar. Debería haber una parte en la cual pudiéramos comparar todo lo que ha evolucionado en el tiempo.

En nuestro país, por ejemplo, los informes cuatrienales tienen una parte estadística, expositiva, de tasas de índices que se repite año tras año y que incluso nos sirve a nosotros mismos para seguir la marcha de la evolución de la eficiencia de las acciones de salud. Y tiene otra parte que tiene que ser política.

Entonces, quizás eliminando la felicitación, tomando nota del interés, destacando lo que puede significar para los próximos años la presentación de los Ministros y sugiriendo la posibilidad de que una parte por lo menos de ese informe tenga una especie de diseño uniforme por el cual se puedan establecer comparaciones, podría rehacerse la parte dispositiva de la proposición que se ha leído.

El Dr. ACUÑA (Director): Quisiera hacerles una proposición con objeto de ver si es posible que este proyecto de resolución sea aceptado por ustedes. He tomado nota por ejemplo de lo dicho por el Delegado de Trinidad y Tabago acerca de una pequeña modificación en el segundo considerando: que en lugar de que constituye uno de los temas más importantes, dijera que constituyen un tema útil e importante del programa de la Conferencia.

Quizás el Delegado de Chile pudiera aceptar que en lugar de felicitar se empezara con las palabras "agradecer" a los Gobiernos, etc., etc. Quizás esto bajara el tono de autofelicitación y al mismo tiempo se haría lo que es cortés y de costumbre, agradecer la presentación de estos informes, etc., que tienen desde luego un valor real.

No sé si estas dos modificaciones harían aceptable la adopción de este proyecto de resolución. En todo caso, le sugeriría al Presidente que considerara la posibilidad de designar a dos o tres personas para que redactaran de nuevo ese proyecto de resolución. Pero como he dicho anteriormente, quizás esas dos modificaciones pudieran hacer considerar a ustedes la posibilidad de adoptar este proyecto de resolución.

Mr. ANDREW (United States of America): Mr. President, it strikes me that the two amendments proposed by the Director are good. They meet the immediate need. In the light of what has been said here this morning, the Executive Committee could possibly next summer look at this area again before structuring the agenda for next time, and take into account this Conference's desires.

El Dr. CRUZ (Chile): Estamos de acuerdo con lo que propone el Dr. Acuña. Quiero recalcar que conviene retirar la palabra "felicitar" y la palabra "excelentes". Basta con decir que se agradece los informes presentados y se puede incluir algo de lo dicho por el Delegado de los Estados Unidos de América en el sentido de remitir la cuestión al Comité Ejecutivo para mejorar este aspecto, que también sería deseable.

El Dr. ACUÑA (Director): Entiendo que la recomendación del Delegado de los Estados Unidos de América es que el Director tome nota de los deseos de la Conferencia de que el tema se remita al Comité Ejecutivo, pero entendí que debería quedar fuera de la resolución, porque si es parte de la resolución tendría que pedirle al Delegado de Chile que hiciera el favor de darnos la redacción de la segunda parte resolutive.

The PRESIDENT: Do you agree with the amendments proposed by Dr. Acuña, the Director? No objections. Then it is agreed. The Delegate of Chile proposes that the word "excellent" be taken out. Do you agree? We want to be abundantly sure. Do you agree with the resolution as a whole now? Delegates? Agreed, no objection.

Decision: The proposed resolution, as amended, was unanimously approved.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución con las enmiendas propuestas.

## ITEM 19: WORKING CAPITAL FUND

## TEMA 19: FONDO DE TRABAJO

Dr. COONEY (Chief, Budget and Finance): This presentation will cover Agenda Item 19 and Document CSP20/12. This document was prepared on the basis of discussions at last year's meetings of the Governing Bodies, in which the need for a review of the Working Capital Fund was indicated due to the change in the payment pattern of the largest contributor.

The document outlines six basic items: first the background on the establishment of the Working Capital Fund and the actual position of the Fund from its inception to 31 December 1977; then it covers the previous levels of the Working Capital Fund, it indicates a proposed fixed level for the Fund, it includes proposals on the utilization of funds which will be in excess of the proposed fixed level of the Fund, it covers the proposals on the provisions concerning the annual budgetary increase for the Working Capital Fund, and it includes the disposition of any operational surplus in future years.

First, the background on the establishment of the Working Capital Fund. The Fund was established by Resolution CSP13.3 of the XIII Pan American Sanitary Conference in 1950 for the purpose of financing the budget operations approved for the Pan American Health Organization. The Financial Regulations of PAHO (Article 6.2) provide that "there shall be established a Working Capital Fund in an amount and for purposes to be determined from time to time by the Directing Council." Article 6.4 reads "the Working Capital Fund shall be used to finance budgetary appropriations during a financial year and the Fund shall be reimbursed as soon and to the extent that income is available for that purpose." Annex I to Document CE80/12, which is attached to Document CSP20/12, shows the year-end position of the Working Capital Fund from its inception to 31 December 1977. Although the Annex shows the yearly increases and/or decreases in the Fund, it does not indicate the month-by-month fluctuations in the Working Capital Fund, as funds are used to finance the annual appropriations pending receipt of contributions from Member Governments. Income into the Fund normally includes the annual budgetary increase included in the approved budget and any surplus from our annual operations.

If you will please turn to Annex I, I will explain its contents. The second column indicates the authorized budget for the particular year indicated. The third column shows the level of the Working Capital Fund as of the beginning of that particular year. The fourth column, "Percentage of Authorized Budget," indicates the amount of the Working Capital Fund as a percentage of the authorized budget. The fifth column shows some disbursements made from the Fund over the years. The column "Budget Provisions to Increase Working Capital Fund" is the annual budget provision which is included in the program and budget each year in order to bring the Working Capital Fund up to a closer level in relation to the available budget. The next column is "Operational Surplus or Deficit," which includes any surplus left after considering all our income and our expenditures for the year. The surplus is transferred into the Working Capital Fund. This is what the column represents. The next column, "Returned Cash Outlay," from the Governor Shepherd



Apartments is the net income realized from the Governor Shepherd Apartments and ploughed back into the Working Capital Fund from which it was taken some years ago. Then the last column indicates the Working Capital Fund available as of the end of each year. As of 31 December 1977 the Working Capital Fund totaled \$11,895,770.

Let me now deal with the previous levels of the Working Capital Fund. The established level of the Fund has ranged from a fixed level of \$1.2 million in 1954 to the current level of 40 per cent of the effective working budget. This is the level which I am talking about now. This level of 40 per cent of the effective working budget was first utilized and reported to the Governing Bodies in the Financial Report of the Director for 1966. This was a reduction from the level of 60 per cent which had been authorized by the Directing Council in 1957. It should be noted that the current target level of 40 per cent of the effective working budget would allow a level of \$12,471,156 for 1978.

I now turn to the proposed level of the Working Capital Fund. A major factor in the establishment of the level of 40 per cent of the effective working budget was the receipt of the quota contributions by the largest contributor during the last half of the financial year. However, starting with the year 1977, the largest contributor changed its payment pattern which resulted in its payments being made on a quarterly basis throughout the year, thereby making funds available in the first half of the financial year. This payment pattern has necessitated a review of the need for the level of 40 per cent of the effective working budget, which appears to be no longer applicable. As the general policy of the Organization in recent years has been to encourage extrabudgetary activities, it is recommended that the level of the Working Capital Fund should not be governed by the amount of the Organization's effective working budget but should be set a fixed level.

The purpose of the Fund has always been "to finance budgetary appropriations during a financial year." However, the Working Capital Fund also provides operating funds for the Organization's bank accounts, cash advances to Field Offices, Centers and project leaders in the form of imprest accounts, advances to extrabudgetary projects while awaiting reimbursement from grantors, travel and income tax advances to staff members, travel advances to consultants, etc.

A review of these Fund requirements to finance our operations is summarized in Annex II of Document CE80/12. In order to provide a level which would be applicable for a period of time and eliminate the need to change the level each year, the proposed budget for 1981 has been utilized as the base to establish a fixed level for the Working Capital Fund.

There are three main categories of funds required to finance the Organization's budgetary operations while awaiting receipt of quota contributions. These categories of funds and the estimated requirements of each category to finance our budgetary operations are indicated in Annex II, and are as follows: first category, funds required to finance

the Organization's 1981 effective working budget for a three-month period while awaiting receipt of quota contributions. This totals \$5,880,000. Next, we have working cash requirements. These include the amounts of money in all our bank accounts throughout the entire Region, and also advances. Then we have trust funds, which are extrabudgetary projects awaiting reimbursement. Those three items total \$11 million. The footnotes in Annex II indicate how each figure was developed.

The factors which have been utilized to determine these requirements include the following: for the funds required to finance the budget for three months, the size of the effective working budget, the cash disbursement requirements during the first quarter of the year, and the experience of payment patterns including the new payment pattern of the largest contributor in 1977 and 1978. In our working cash requirements of \$3,050,000, these cash requirements are needed to finance working cash balances in 40 bank accounts in 25 countries, plus 65 imprest accounts for Area and Country Representatives' offices, Centers, project leaders, advances to projects, advances to staff for duty travel, income tax reimbursement, etc. These cash requirements are estimated to be: in banks, \$1.2 million, in imprest accounts \$825,000, and in various advances, \$1,025,000, for a total of \$3,050,000.

For the third item, trust funds, or extrabudgetary projects awaiting reimbursement, we estimate a need of \$2,070,000. The funds advanced to projects awaiting reimbursement from grantors amounted to \$2,590,000 as of 31 December 1977. Although the volume of extrabudgetary activities is expected to continue to increase, we are endeavoring to improve our collections and therefore estimate our working cash needs for this purpose at only \$2,070,000.

Considering all the above items, it is proposed that the level of the Working Capital Fund should not be reflected as a percentage of the effective working budget but as a fixed level which would be subject to periodic review by the Governing Bodies. The suggested level for the period 1978 through 1981 is \$11 million. If we utilize this figure, there are now some excess funds in the Working Capital Fund. As of 31 December 1977 the Working Capital Fund totaled \$1,895,777. Therefore there is a total of \$895,777 in excess funds which becomes available for disposal by the Governing Bodies. The Director has proposed that these excess funds be utilized to satisfy funding requirements generated from resolutions of the Governing Bodies, recommendations of the internal and external auditors, and the growing need for repairs and maintenance of Organization-owned buildings.

The details of the proposed uses of these excess funds are contained in the document on this matter. These proposed uses of excess funds are summarized as follows: first, \$500,000 to be placed in the Revolving Fund for the Expanded Program on Immunization. The Director was authorized to establish this Revolving Fund by Resolution XXVII, paragraph 6, of the XXV Meeting of the Directing Council. This resolution and the related documentation are contained in Annex III of the document before you. This item, discussed at the last Directing Council (Document CD25/14 was the specific document), indicates that the initial capitalization requirement of this Revolving Fund

is \$1 million. This amount of \$500,000 from the excess funds will provide one half of the estimated initial capitalization of \$1 million required.

The second proposed use of the excess is \$250,000 for the provision for termination and repatriation entitlements. The Internal Auditor and the External Auditor have questioned the adequacy of the present provision for termination and repatriation entitlements, which amounts to \$2,341,102 as of 31 December 1977. The Administration supports the observation of the auditors and therefore recommends that an amount of \$250,000 be transferred from this excess money in the Working Capital Fund to the provision for termination and repatriation entitlements.

The third proposed use is \$50,000 for a repairs and renovation fund. Annex IV of your document outlines the need for a repairs and renovation fund to ensure adequate repairs and renovation of Organization-owned buildings. The value of these buildings as contained in the Financial Report of the Director is \$8,145,283. The establishment of this fund will make it possible to implement a long-range plan that will provide adequate maintenance and renovation of premises, including the implementation of protective measures to ensure the safety of the personnel working in the installation.

The fourth proposed use of the excess funds is an item of \$95,777 for program activities. It is proposed that the Director be authorized to use the balance of the \$95,777 to finance some of the program activities which were outlined in the proposals for the WHO Director-General's Development Program and were approved by Resolution XXX of the XXV Meeting of the Directing Council. The 80th Meeting of the Executive Committee in its review of these proposals recommended in Resolution XIII the approval of all these proposed uses of funds, but it further indicated that the \$95,777 for program activities should be used for the Expanded Program on Immunization.

I would now like to discuss the budgetary increase in assets in the annual program and budget. This is the increase included in each program and budget presented to the Governing Bodies. Each year the program and budget includes in Part V of the appropriation an amount to be used to increase the Working Capital Fund. Considering the proposal for a fixed level of the Fund, this annual budgetary increase is not considered to be required. It has been deleted in the proposed budget estimates for 1979, 1980 and 1981. The 1978 program and budget, which has already been approved by the XXV Meeting of the Directing Council, contains \$500,000 in Part V of the appropriation under "Increase to Assets."

It is proposed that this provision for the 1978 budgetary increase in the Working Capital Fund be transferred to the Revolving Fund for the Expanded Program on Immunization. The previous proposal of using \$500,000 from the excess funds of the Working Capital Fund plus these \$500,000 of the 1978 increase which is in the budget will provide an initial capitalization of \$1 million for the Revolving Fund for the Expanded Program on Immunization.

The final item is the disposition of any operational surplus; in other words income in excess of our expenditures in future years. At the end of a calendar year, there is always a possibility of either an excess or a deficit of income in relation to expenditures. Past experience has indicated that there is usually an operational surplus which is then transferred to the Working Capital Fund. It is recommended that any excess income over expenditures at the end of the calendar year be used to replenish any drawings from the Working Capital Fund which reduced it, and this replenishment will restore it to a fixed level. After any replenishment of the Working Capital Fund to a fixed level, any surplus will be placed in a holding account until such time as the Governing Bodies decide how to utilize the funds.

In summary, these proposals and recommendations would do the following:

(1) Establish a fixed level for the Working Capital Fund at \$11 million and effectively preclude any increases to the fixed level of the Fund without the approval of the Governing Bodies. (2) Utilize current excess over the proposed fixed level of the Fund against priority requirements of the Organization, as indicated in the proposals outlined in Document CE80/12. These proposals were refined, as I stated, by the Executive Committee to utilize \$95,777 for the Expanded Program on Immunization. (3) Eliminate future annual budget provisions to increase the Working Capital Fund and use the approved budgetary increase of \$500,000 for the Working Capital Fund in 1978 for the establishment of the Revolving Fund for the Expanded Program on Immunization, which was authorized, but not funded, by Resolution XXVIII of the XXV Meeting of the Directing Council. This \$500,000 plus \$500,000 from the excess funds generated by the proposed fixed level will provide \$1 million for the initial capitalization of the Revolving Fund. (5) To make future use of any excess over the fixed level of the Working Capital Fund subject to approval by the Governing Bodies. This concludes the presentation on the Working Capital Fund, and I would be most happy to answer any questions on this matter.

El Dr. CACERES (Comité Ejecutivo): El Comité Ejecutivo, en su undécima sesión, analizó el informe presentado por el Dr. Cooney, Jefe de Presupuesto y Finanzas, en el que se expresó que el Fondo de Trabajo, a diciembre de 1977, totalizó \$11,895,777, con un excedente de \$825,777, cuya reasignación proponía el Director en el Documento CE80/12. El Comité reconoció la necesidad de mantener el Fondo de Trabajo a un nivel suficiente para permitir a la Oficina Sanitaria Panamericana llevar a cabo sus actividades hasta que se recibieran las cuotas anuales de los Gobiernos Miembros en el año de que se trate, y en especial dada la modalidad de pago de uno de sus mayores contribuyentes. Se tomó nota de la situación del Fondo de Trabajo desde 1949 hasta 1977, la cual fue presentada también al Comité Ejecutivo en el Documento CE80/12 y el Comité Ejecutivo resolvió recomendar a la XX Conferencia Sanitaria Panamericana que apruebe la Resolución XIII en la que se establece lo siguiente: a) un Fondo de Trabajo a nivel fijo de \$11 millones hasta que la situación presupuestaria de la Organización justifique un cambio; b) que se autorice al Director a utilizar la asignación de \$500,000 aprobados en el presupuesto de 1978 para incrementar el

Fondo de Trabajo como parte del capital inicial del fondo rotatorio del Programa Ampliado de Inmunización; c) que se autorice como sigue al Director a utilizar \$895,777 de la cantidad actual del Fondo de Trabajo: 1) 500,000 con destino al fondo rotatorio del Programa Ampliado de Inmunización; 2) \$250,000 para pagos por terminación de contratos y repatriación; 3) \$50,000 con destino al fondo de renovación y reparaciones; 4) \$95,777 para el Programa Ampliado de Inmunización en las Américas, y que se pida al Director que el exceso de los ingresos sobre los egresos al final de cualquier año civil sean utilizados para los fines siguientes: 1. reintegrar las cantidades giradas con cargo al Fondo de Trabajo a fin de restaurarlo al nivel fijo, y 2. una vez reintegrado el Fondo de Trabajo a su nivel fijo, ingresar cualquier otro exceso de los ingresos en una cuenta especial hasta que el Consejo Directivo o la Conferencia Sanitaria Panamericana decida cómo se utilizarán esos fondos.

Mr. ANDREW (United States of America): Mr. President, my Delegation supports a resolution along the lines proposed to us. My Delegation said in the Executive Committee that it felt that the level adopted for the Working Capital Fund was still a little high, given the new periodicity of the U.S. payment. We will probably, therefore, urge the members of the Executive Committee next summer to consider a reduction in the level of the Working Capital Fund for 1980-1981 by an amount of the order of \$500,000 in each of those two years, to bring down the fixed level.

My second point is on the question of how the excess funds in the Working Capital Fund are utilized. In this connection, on page 5 of Document CSP20/12 the Secretariat notes that the excess could be used to reduce the level of assessments. This is not a recommendable option, since the budget is already under considerable strain. My hope is that when the Governing Bodies are advised by the Director of the size of the surplus and of the suggestions made this year on ways to utilize it, there will also be a reminder to Members that the excess funds might also be used to reduce the assessed budget level.

I repeat then, Mr. President, that we do support all the elements of the resolution appearing on page 2 of the document.

Dr. HOWELL (Barbados): The Delegation of Barbados supports the proposed resolution on the Working Capital Fund. It wants, however, to take this opportunity to raise one small matter about the Office of the Caribbean Program Coordinator in Barbados. The Office was established last year to service the programs of the English-speaking Caribbean territories. The chief of the program resides in Barbados. There has been some delay in providing proper accommodations for the increased staff required to manage the project.

The Government of Barbados has discussed the matter with the Director and other officials of PAHO. Up to now they have provided temporary accommodation for the Office. We want to record that we feel the importance

of that office in the Caribbean context justifies more permanent accommodation for the project. The Government has therefore decided to donate some land to PAHO, if PAHO would consider buying or erecting a building to house the Office of the Caribbean Program Coordinator.

El Dr. VALLADARES (Venezuela): La Delegación de Venezuela, como parte que fue del Comité Ejecutivo, apoya el proyecto de resolución sobre esta materia y únicamente hemos querido tomar la palabra para llamar la atención a los delegados acerca de que ya está circulando en los dos idiomas el proyecto de resolución PR/11 propuesto por nuestra Delegación, sobre el cual daremos explicaciones complementarias en el momento en que se vaya a discutir.

Mr. BLACKETT (Trinidad and Tobago): To go back to the point made by the distinguished Delegate of Barbados, I interpret what he said to mean that there is in the office a project which at the present time is assuming a great deal of importance in the English-speaking Caribbean, but which needs funding. If the Government of Barbados is unable at the present time to provide the sort of accommodation that is consistent with the importance of that office, why could not the Working Capital Fund be used, as my good friend from Barbados is suggesting, to start a special fund, or to provide the necessary capital that could permit and facilitate the construction of this much needed facility?

If my interpretation is correct, the Delegation of Trinidad and Tobago wishes to support strongly the suggestion made.

Mr. HINDS (Guyana): As I understand it, the Caribbean Program Coordinator has the responsibility for coordinating the intercountry programming of the English-speaking Caribbean and responsibility for analyzing, evaluating, and proposing the commencement of new programs and the consolidation of existing ones. This raises the question of the issue of the relationship of the Caribbean institutions such as the Caribbean Epidemiology Centre, the Caribbean Food and Nutrition Institute, REPAHA, and others. It seems to me that these activities naturally fall under the general responsibility of Area I, even though the Office is located in Caracas.

An attempt should be made at rationalizing the responsibilities that will fall on the Caribbean Program Coordinator in the context of Area I's responsibilities. When we have this information, we shall be able to say precisely what needs to be transferred from the Caracas Office to the Barbados Office--staff, budget, physical facilities.

This entails making projections as to the possible increase in the number of English-speaking Caribbean territories. Because of this kind of dynamic situation, the Director ought to attempt to rationalize the responsibilities that should fall on the Caribbean Coordinator, in the context of the duties of Area I. This should be done quickly as a basis for a proposal on the kind of projects to be rendered, with the source and amount of funds proposed.

El Dr. VALLADARES (Venezuela); La Delegación de Venezuela quiere agradecer profundamente a la Delegación de Guyana la referencia que ha hecho a las obligaciones de responsabilidad del Area I del Caribe. Nosotros no hemos querido plantear este tema a este nivel, pero les agradecemos su intervención y estamos esperando junto con él y otras delegaciones del Caribe que se nos señalen nuestras respectivas obligaciones y responsabilidades.

Dr. COONEY (Chief, Budget and Finance): To return to the comments of the Delegate of the United States of America on the level of the Fund and the discussions that will be brought up during the Executive Committee, our levels, of course, are based upon estimates. As more experience is accumulated, we will have more information about them. Therefore it is proper to review the level of the Fund as often as the Governing Bodies deem it necessary.

As to the use of the excess funds and the suggestions and reminders that could be placed before the Governing Bodies, good note has been taken. We shall include these suggestions in our recommendations in the future on the use of excess funds.

El Dr. ACUÑA (Director): Quisiera agradecer a ustedes la atención que han puesto en este asunto tan importante del nivel del Fondo de Trabajo, y al destino que pudieran darse a los fondos excedentes de acuerdo con la recomendación que ha hecho el mismo Comité Ejecutivo.

En el futuro continuaremos llevandolo a la consideración de los Cuerpos Directivos, para que analicen en detalle el destino que debemos dar a estos fondos. Hemos tomado nota de la propuesta del Delegado de los Estados Unidos de América para que en lo posible estos fondos puedan aplicarse a reducir el importe de las cuotas del presupuesto regular de la OSP.

Hemos tomado nota de la propuesta del Delegado de Barbados y de su bondadosa oferta de donar un terreno para construir un edificio apropiado para la Oficina del Coordinador de Programas del Caribe. En el momento oportuno, una vez que sepamos las necesidades reales de esa Oficina, el espacio que requiere, etc., haremos estimaciones acerca de lo que se requiere y lo que cuesta un edificio de esa naturaleza y las presentaremos oportunamente a los Cuerpos Directivos.

Quiero agradecer también al Gobierno de Barbados el hecho de que en forma temporal nos proporcione locales para la oficina del Coordinador de Programas, pero también quiero adelantar lo siguiente: este tema se ha discutido entre los países de habla inglesa del Caribe desde hace varios años. Este año se instituyó el puesto de Coordinador de Programas del Caribe, pero atendiendo recomendaciones de una comisión que ha estudiado detenidamente el asunto hemos decidido no colocar a todo el personal de asesores de Area en Barbados exclusivamente, sino situarlos en aquellos países en donde hay mayor actividad para ese equipo, y menciono aquí la palabra equipo porque tenemos equipos en servicios de salud, por ejemplo en Jamaica, que pueden y deben de servir a todos los países del Area. Tenemos un equipo

de control de enfermedades en Trinidad y Tabágo y otros de planificación y métodos administrativos en Barbados. En otras palabras, tenemos en mente el hecho de que no vamos a crear una gran oficina sino, por el contrario, la idea es de que el personal que pidan los países sea destinado sobre todo a aquellos países en los que sus actividades serán utilizadas en su mayor parte. Esto, a mi modo de ver, debe quedar bien claro en la mente de todos los delegados de esta Conferencia: no se pretende crear una gran institución, una gran oficina, sino sencillamente se pretende dar más flexibilidad, coordinación, cohesión a los diferentes expertos que la Oficina destine a los países del Caribe, con objeto de utilizarlos no sólo en un país sino en varios países, a medida que sean requeridos sus servicios y de acuerdo con las posibilidades reales.

Ahora bien, ¿qué destino se dará a la Oficina de Area I en Caracas? He escuchado repetidas veces manifestaciones de los Delegados de Venezuela en el sentido de que no tienen ningún interés personal en mantener el "status quo" de la Oficina de Area. Yo agradezco esas manifestaciones y me doy cuenta de que, efectivamente al reducir el volumen de operaciones que se originaban de Caracas, de la Jefatura del Area I, tendremos que reducir también el costo de esa oficina y reasignar Venezuela para ser servido como todos los demás países no solo por los consultores asignados a los proyectos Venezuela sino también por los consultores de Area que complementen la acción de los consultores de país.

Espero que pasada la Conferencia Sanitaria Panamericana y los problemas que acarrea de orden administrativo y de atención a la Conferencia, podremos dedicar un poco más de tiempo al Gobierno de Venezuela con objeto de ver cuáles son los deseos de los otros países del grupo subregional. Por ejemplo, se me ocurre pensar en el Convenio Hipólito Unanue, del cual Venezuela no sólo es miembro sino miembro muy activo, lo cual quizás sería una posibilidad, pero repito que no estoy en condiciones en este momento de hablar de una decisión, sino meramente de nuestros deseos de encontrar una fórmula que beneficie a los países del Caribe, que beneficie a Venezuela y a sus vecinos también, y por lo tanto que haga la función y los servicios de la Organización Panamericana de la Salud más efectivos y económicos, en beneficio de dichos países.

Mr. HOWELL (Barbados): I just wish to say that my Delegation appreciates very much the kind remarks made by the Director, which underscore the continued interest that PAHO will have in the affairs of the English-speaking Caribbean countries. We look forward to further consultations on this matter.

The PRESIDENT: If there are no further comments, I shall call on the Rapporteur to read out the Resolution.

El RELATOR: El proyecto de resolución sobre el tema dice así:



"THE XX PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Bearing in mind Article 6.2 of the Financial Regulations, which provides that the Working Capital Fund shall be established in an amount and for the purposes to be determined from time to time by the Directing Council;

Recognizing the need for maintaining the Working Capital Fund at a level sufficient to provide resources for the Pan American Sanitary Bureau to carry on its operations until the annual quota payments of the Member Governments in any one year are received;

Having taken note of the status of the Working Capital Fund from 1949 to 1977;

Bearing in mind the change in the pattern of quota payments by the largest contributor;

Considering that the 1978 program and budget, approved by Resolution XVII of the XXV Meeting of the Directing Council, includes a budgetary increase of \$500,000 in the Working Capital Fund;

Recalling that Resolution XXVII of the XXV Meeting of the Directing Council authorized the Director to establish a Revolving Fund for the Expanded Program on Immunization; and

Considering the proposals of the Director in paragraph 4 of Document CE80/12 to make the following allocation of excess funds in the Working Capital Fund: i) \$500,000 for the Revolving Fund for the Expanded Program on Immunization; ii) \$250,000 for the Provision for Termination and Repatriation Entitlements; iii) \$50,000 for a Repairs and Renovation Fund; and iv) \$95,777 for other program activities,

RESOLVES:

- a) establish the Working Capital Fund at a fixed level of \$11,000,000 until such time as the budgetary position of the Organization warrants a change;
- b) authorize the Director to utilize the 1978 approved budgetary increase of \$500,000 in the Working Capital Fund as part of the initial capital of the Revolving Fund for the Expanded Program on Immunization;
- c) authorize the Director to utilize \$895,777 of the current Working Capital Fund as follows: i) \$500,000 for the Revolving Fund for the Expanded Program on Immunization; ii) \$250,000 for the Provision for Termination and Repatriation Entitlements; iii) \$50,000 for a Repairs and Renovation Fund; and iv) \$95,777 for the Expanded Program on Immunization in the Americas; and

- d) instruct the Director to use any excess income over expenditures at the end of any calendar year for the following purposes: i) to replenish any drawings from the Working Capital Fund in order to restore it to the fixed level; and ii) after replenishing the Working Capital Fund to its fixed level, to place any further surplus in a Holding Account until such time as the Directing Council or the Pan American Sanitary Conference decides on how to utilize the funds."

"LA XX CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Teniendo presente el Artículo 6.2 del Reglamento Financiero, que dispone que se establecerá un Fondo de Trabajo en la cantidad y para los fines que determine periódicamente el Consejo Directivo;

Reconociendo la necesidad de mantener el Fondo de Trabajo a un nivel suficiente para permitir a la Oficina Sanitaria Panamericana llevar a cabo sus actividades hasta que se reciban las cuotas anuales de los Gobiernos Miembros en el año de que se trate;

Habiendo tomado nota de la situación del Fondo de Trabajo desde 1949 hasta 1977;

Teniendo presente el cambio en la modalidad de pago de la cuota del mayor contribuyente;

Considerando que en el programa y presupuesto de 1978, aprobado por el Consejo Directivo por Resolución XXVII de su XXV Reunión, se incluye una asignación de \$500,000 para incrementar el Fondo de Trabajo;

Recordando que el Consejo Directivo por Resolución XXVII de su XXV Reunión autorizó al Director a establecer el Fondo Rotatorio del Programa Ampliado de Inmunización; y

Teniendo en cuenta las propuestas formuladas por el Director en el párrafo 4 del Documento CE80/12 de asignar el excedente del Fondo de Trabajo como sigue: i) \$500,000 con destino al Fondo Rotatorio del Programa Ampliado de Inmunización; ii) \$250,000 para pagos por terminación de contrato y repatriación; iii) \$50,000 con destino al Fondo de Renovación y Reparaciones, y iv) \$95,777 para otras actividades relativas al programa,

RESUELVE:

- a) que establezca el Fondo de Trabajo al nivel fijo de \$11,000,000 hasta que la situación presupuestaria de la Organización justifique un cambio;

b) que autorice al Director a utilizar la asignación de \$500,000 aprobada en el presupuesto de 1978 para incrementar el Fondo de Trabajo como parte del capital inicial del Fondo Rotatorio del Programa Ampliado de Inmunización;

c) que autorice al Director a utilizar \$895,777 de la cantidad actual del Fondo de Trabajo como sigue: i) \$500,000 con destino al Fondo Rotatorio del Programa Ampliado de Inmunización; ii) \$250,000 para pagos por terminación de contrato y repatriación; iii) \$50,000 con destino al Fondo de Renovación y Reparaciones, y iv) \$95,777 para el Programa Ampliado de Inmunización en las Américas; y

d) que pida al Director que el exceso de los ingresos sobre los egresos al final de cualquier año civil sea utilizado para los fines siguientes: i) reintegrar las cantidades giradas con cargo al Fondo de Trabajo a fin de restaurarlo al nivel fijado, y ii) una vez reintegrado el Fondo de Trabajo a su nivel fijo, ingresar cualquier otro exceso de los ingresos en una cuenta especial hasta que el Consejo Directivo o la Conferencia Sanitaria Panamericana decida cómo se utilizarán esos fondos".

The PRESIDENT: Are there any comments on the Resolution? Are you prepared to adopt it? I hear no comments, therefore it is adopted.

Decision: The proposed resolution was unanimously approved.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución.

Before we take a coffee break, I would like to appoint someone to take the Chair when I am absent. I propose Dr. Moody of Jamaica. I now give the floor to the Secretary, who will read from Basic Documents on this matter.

The SECRETARY: What the President is asking Dr. Moody to do is to substitute for him and preside over the plenary session of the Conference on those occasions when he will not be able to be here. This is covered by Rule 21, page 55, of the Rules and Procedures of the Conference and it reads as follows: "In the absence of the President, or when he delegates his duties, one of the Vice-Presidents shall preside. In the absence of the President and both Vice-Presidents, the Conference shall appoint one of the delegates to preside temporarily."

In effect, what the President is doing is proposing the name of Dr. Moody to substitute for him, and he is asking the Conference if it is in accord with that action.

Dr. MOODY (Jamaica): In the name of Jamaica I would like to thank the President very much for the honor he has done me in nominating me to stand in as Vice-President. I would like, however, to point out that I am now sole member of the Delegation. I would prefer, therefore, to remain at the floor level in order to participate in the discussions, when necessary. I suggest that another member be appointed from a Delegation which still has more than one member.

The PRESIDENT: May I then suggest Dr. Bryant of the United States of America? There is no objection? It is therefore agreed.

It was so agreed.  
Así se acuerda.

The session was suspended at 10:35 a.m. and resumed at 10:50 a.m.  
Se suspende la sesión a las 10:35 a.m. y se reanuda a las 10:50 a.m.

- ITEM 22: REPORT ON THE PAHO AWARD FOR ADMINISTRATION, 1978, AND PROPOSAL FOR MODIFICATION OF ITS PROCEDURE AND CRITERIA
- TEMA 22: INFORME SOBRE EL PREMIO OPS EN ADMINISTRACION, 1978, Y PROPUESTAS DE MODIFICACION DE SUS PROCEDIMIENTOS Y CRITERIOS

Dr. CHARLES (Executive Committee): The PAHO Award Committee, which was appointed at the 80th Meeting of the Executive Committee, presented its report to the full Executive Committee. The main items of the Report included the 1978 Award itself, its financing, procedures, and the criteria or guidelines for nominations for the Award. The Committee, having studied the documentation submitted on a single candidate, recommended that the 1978 Award be given to Dr. Oswaldo Egas Cevallos of Ecuador.

In reviewing the history of the establishment of the Award and its financing, the Award Committee recommended to the Executive Committee the establishment of a trust fund equivalent in value to the balance of the original donation made for that Award. It also recommended that the annual cash value of the Award be increased to \$500. We have noted in Document CSP20/7, presented by the Secretariat of the Pan American Sanitary Bureau, that the proposal for the establishment of the trust fund having been studied in further detail after the Executive Committee had completed its business, the conclusion was reached that a simpler mechanism than the establishment of the trust fund would be inscription, in the annual program and budget, of the sum of \$500 for financing the cash value of the Award.

As Chairman of the 1978 Award Committee, and as Representative of the Executive Committee to this Conference, I am confident that the Secretariat, with its wider experience of such matters, has found a reasonable solution to meet the intentions of the 1978 Award Committee. I have little doubt that the Conference would be prepared, as we were in the Committee, to endorse this particular proposal.

The Committee devoted a great deal of its time to reviewing the present procedures for this Award, principally because in the last two years, in 1977 and 1978, the Committee members found themselves obliged, in the course of the Meeting of the Executive Committee, to study the documentation submitted. Many of us present here are aware of the several obligations to be undertaken in the course of these meetings of the Governing Bodies of the Organization. We felt that in view of the importance of this Award, a greater amount of time should be made available to the Committee members to study the documentation submitted. Our report suggests to the Director that rather than wait until February or March to remind the Governments of the need to submit nominations, delegates should be asked, at the end of this very meeting, to take the necessary measures, when returning home, for entering the necessary internal consultations with their Governments and making recommendations for nominations of candidates for the Award as early as possible. There is no reason why nominations can not be received by November or December. In order to facilitate the Bureau's task in Washington of translation and distribution, our report suggests that a deadline for the receipt of nominations should be mid-March. This would give

the Director and his Bureau sufficient time to prepare the documentation to be submitted to the Governments of the members of the Committee, that Committee members may at their leisure, study it individually, thereby facilitating the consultations, when they all meet for the Executive Committee meeting itself.

The Committee's report strongly recommends that the submission of nominations be accompanied by a brief narrative from the nominating Government, indicating the impact which the work, or the research as the case may be, of the nominee has had on the development of health services and on the strengthening of health services administration in his country.

The Committee, already having the prerogative of declaring no Award for any given year, went a little further and recommended that if in any one year the name of a single candidate is submitted, the Award should be postponed and the nomination carried to the following year, to be considered among any others which may come to hand.

The Committee's report recommends that a candidate nominated in Year 1, but proving unsuccessful, could be renominated in Year 2. In that case, all that would be required of the nominating Government would be a brief letter enclosing any additional technical information it might wish to have as supplement to the previous documentation submitted in Year 1.

The Committee's report also emphasizes the fact that nominees need not necessarily be senior officers at the central level of the national health administration. It was felt that in many circumstances, nominees could very well be officers at intermediary or even tertiary levels, whose work or contribution could be considered valid for the equivalent of this particular Award.

The Committee's report directs attention to the need for a greater degree of publicity for the Award and its meaning, and for the persons to whom the Award has been made. Publicity could be made at the national level, and at the international level by the Pan American Health Organization.

I have just given the main items which the 1978 Award Committee thought important to underline and to direct to the attention of this Conference. As far as the criteria or guidelines for nominees are concerned, the Committee felt that those already presented, for example those listed on page 4 of Add. I of CSP20/27, were quite adequate.

We make provision for individuals who make a contribution in administration and the new administrative methods of program and budgeting in the national health service, and underline the fact that a single research paper could very well be the basis for nomination.

As a result of this report, the 1978 Award Committee produced a resolution which was eventually adopted as Resolution XXII, conferring the 1978 Award on Dr. Egas of Ecuador, and embodying the points which I have summarized for you on financing, procedures, and guidelines.

El RELATOR: El proyecto de resolución dice así:

"THE XX PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Having considered the report of the Award Committee of the PAHO Award for Administration (Document CE80/7, ADD.); and

Bearing in mind the regulations set forth in the Procedure Governing the PAHO Award for Administration,

RESOLVES:

1. To declare Dr. Oswaldo Egas Cevallos of Ecuador winner of the PAHO Award for Administration, 1978.

2. To approve the proposed Procedure Governing the PAHO Award for Administration (Proposal II in the Committee's Report) and Guidelines for the Award (Proposal III in the Committee's Report).

3. To request the Director to include the sum of \$500 annually in the program and budget for this Award."

"LA XX CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el informe del Jurado para la Adjudicación del Premio OPS en Administración (Documento CE80/7, ADD.), y

Teniendo presente las disposiciones del procedimiento que rige la adjudicación del Premio OPS en Administración,

RESUELVE:

1. Declarar como ganador del Premio OPS en Administración para 1978 al Dr. Oswaldo Egas Cevallos, del Ecuador.

2. Aprobar los procedimientos propuestos para la adjudicación del Premio OPS en Administración (Propuesta II, Informe del Jurado) y las pautas para la adjudicación del Premio (Propuesta III, Informe del Jurado).

3. Pedir al Director que incluya la suma de \$500 anuales en el programa y presupuesto de la Organización para financiar el Premio".

Decision: The proposed resolution was unanimously approved.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución.

The PRESIDENT: I now take great pleasure in inviting Dr. Oswaldo Egas Cevallos to come forward to receive the Award.

El Dr. EGAS (Ecuador): Permitídmeme que haga uso de este elevado sitio en el cual nos encontramos para expresar la emoción que me embarga al recibir tan alta distinción que llena de honor a mi familia, a la institución sanitaria a la que pertenezco desde hace 22 años y a mi país.

Quisiera aprovechar esta oportunidad para expresar también el homenaje de mi admiración para la Escuela de Medicina en la que me forjé como médico, la Escuela de Salud Pública de Puerto Rico en la cual obtuve el masterado de salud pública, así como para el Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social, en el cual obtuve el diploma de experto en planificación de salud. Con este motivo también quisiera recordar con mucho afecto a dos distinguidos profesores, el Dr. Rolando Armijos y el Dr. Eduardo Sarué cuyas enseñanzas y especial sentido de impulso para realizar las acciones de salud tanto influyeron en nuestra formación.

Durante los 22 años que he tenido la suerte y el honor de trabajar para el Ministerio de Salud Pública de mi país, me ha tocado asistir a tres hechos fundamentales que quisiera destacar aquí. En primer término, la creación del Ministerio de Salud Pública en 1967, después de una acción brillante en la que participó la organización de salubristas de mi país para conseguir que el sector salud estuviera dignamente representado por el Ministerio. En segundo término, la aprobación por el Congreso del Plan Nacional de Salud Rural en 1969, que constituye el inicio de un programa de extensión de cobertura en mi país. Y por último, el 14 de abril de 1972 asistí con emoción al proceso de reestructuración del Ministerio, que consiguió la fuerza que necesitaba para impulsar los trabajos encomendados. Estos tres hechos históricos han sido la base para que el Ecuador haya obtenido el despegue que realmente se ha conseguido.

Quisiera destacar que ese despegue que se ha visto en mi país ha sido debido también, fundamentalmente, a la cooperación y asistencia técnica que en todo momento nos ha ofrecido la Organización Panamericana de la Salud.

Permitídmeme, Señor Presidente, que exprese, al terminar, nuestro homenaje de admiración para vuestro país, generoso, hospitalario progresista. Permitídmeme, Señor Director, que haga votos muy sinceros porque la acción que usted conduzca sea siempre en beneficio de todos nuestros países. Permitídmeme, Señores Ministros y Delegados, que os exprese el homenaje de nuestra admiración y os solicite, por vuestro elevado conducto, llevar un mensaje de solidaridad latinoamericana y panamericana, a todos los salubristas, a todos esos centenares de miles que trabajan permanente e incansablemente, para conseguir un mejor nivel de salud para todos los ciudadanos de nuestro Continente hispanoamericano.



- ITEM 24: TECHNICAL DISCUSSIONS: "THE IMPACT OF DRUGS ON HEALTH COSTS: NATIONAL AND INTERNATIONAL PROBLEMS"  
TEMA 24: DISCUSIONES TECNICAS: "REPERCUSION DE LOS MEDICAMENTOS EN EL COSTO DE LA SALUD. PROBLEMAS NACIONALES E INTERNACIONALES"

The PRESIDENT: I call on Dr. Leclerc-Chevalier of Canada to read out the report contained in Document CSP20/DT/3 on the Technical Discussions.

Dr. Leclerc-Chevalier then read out the Report on the Technical Discussions contained in Document CSP20/DT/3.  
A continuación la Dra. Leclerc-Chevalier del Canadá da lectura al Informe de las Discusiones Técnicas que figura en el Documento CSP20/DT/3.

El Dr. CRUZ (Chile): Estamos totalmente de acuerdo con el contenido del informe, pero hay un término que creemos conveniente cambiar, en la parte referente a las recomendaciones que dice "que los Gobiernos establezcan, a nivel de las universidades, mecanismos para mejorar la formación farmacológica...", ya que podría estimarse que se ha ignorado la autonomía universitaria en cuanto al establecimiento de los currículos. Creo que sería más apropiado decir: "que los Gobiernos obtengan de las universidades mecanismos para mejorar la formación farmacológica".

Dr. BRYANT (United States of America): I have two comments to make. First, I believe that the overall report is a very fine statement, a constructive statement in a very important area. I have two minor changes to suggest; one is that which the distinguished Delegate from Chile already addressed. In the English version it speaks of improving pharmacological training of all health professionals, and specified university levels, but clearly not all health professionals are trained only at the university level, so it seems to me that the wording might be modified to acknowledge university and other levels.

The other point I have to make is on page 4 in the English text. The first paragraph on that page states that because of the impact of drug advertising and promotion on drug prescribing and consumption and consequently on drug expenditure, it is important to provide prescribers and consumers with objective and up-to-date information, etc. I have a minor problem with that. It suggests that the only reason why we will provide up-to-date information to prescribers and consumers is because advertising promotion contributes to the high cost of drugs. There are clearly other reasons why we want prescribers and consumers to be well informed, so here again I would suggest that the wording be modified to take into account the broader reason for wanting to provide up-to-date information to prescribers and consumers, and I have some suggested language to cover that.

The PRESIDENT: Perhaps you would write down what you suggest.

El Dr. GONZALEZ (Uruguay): En relación con la observación hecha por la Delegación de Chile, sugerimos que en ese párrafo se diga: "que los Gobiernos gestionen a nivel de las universidades".

El Dr. EGAS (Ecuador): En el informe se ha omitido una recomendación, que nos permitimos presentar a la consideración de la Conferencia, en cuanto a la posibilidad de que OPS organizara una reunión, de alto nivel con la participación de delegados de la industria, que permita realizar un estudio amplio sobre aquellos aspectos en que podrían colaborar la industria en el desarrollo de los programas de medicamentos, y que pudiera servir de un marco de referencia para conversaciones que pudieran llevarse a cabo en los países. Creemos que se debe incluir esa recomendación.

El Dr. TRONGE (Argentina): En el tercer párrafo de las recomendaciones dice "que el organismo nacional encargado de llevar a cabo el programa de control de medicamentos dependa del Ministro de Salud", y considero que debe decir "del Ministerio de Salud".

Dr. LECLERC-CHEVALIER (Canada): I would like to explain to the Delegate of Argentina that we specify Minister of Health instead of the Ministry because being under the authority of some person in the Ministry of Health is not the same as being under the authority of the Minister of Health. This is why we insisted on direct responsibility to the Chief, the Minister of Health.

El Sr. ISOLA (Observador, Federación Latinoamericana de la Industria Farmacéutica): Manifestamos nuestra conformidad, en términos generales, con el informe, el cual consideramos sumamente positivo y realista. No obstante, existen dos puntos sobre los que deseo llamar la atención de esta asamblea.

En el capítulo sobre políticas nacionales relativas a medicamentos, se señala que los manufactureros farmacéuticos multinacionales han demostrado gran capacidad en cuanto a investigación y preparación de medicamentos en aspectos tales como el empaque y la distribución. Quiero destacar que en este campo de actividad se ha contado, entre otros, con el importante estímulo de políticas adecuadas de marcas y patentes.

Por otra parte, en la recomendación que se refiere al establecimiento de comités para elaborar listas de medicamentos básicos o formularios nacionales, se indica que deben estar designados por su nombre genérico. Yo quiero hacer constar que casi sin excepciones, o con muy pocas excepciones, no hay una legislación de patentes que efectivamente preste estímulo a las actividades de investigación. Tal como está redactada esa recomendación, parecería que se trata de quitarle vigencia a la marca como elemento de protección al esfuerzo de investigación, al esfuerzo creativo de la industria. Solicito que en la redacción de ese párrafo se establezca la atención que los Gobiernos deberían prestar a la vigencia de la marca en estos formularios, de manera tal que la industria no perdiese un elemento de estímulo tan importante para la actividad creativa que se necesita en nuestros países.

En lo que respecta a la recomendación que alude a que se mantenga, por parte de las autoridades nacionales, estrecho contacto con la industria a fin de determinar objetivos comunes y buscar mecanismos que permitan solucionar los problemas que existen, pensamos que limitar los esfuerzos de comunicación a nivel nacional implica un riesgo de dispersión de esfuerzos. Consideramos que sería más productivo, en relación con las prioridades que en materia de salud existan en la Región, que este diálogo pudiera mantenerse a nivel del organismo regional, con la OPS. De esta forma se podrían establecer eficazmente las grandes metas y seguramente ese esfuerzo de colaboración rendiría mucho.

El Dr. CRUZ (Chile): Mi Delegación concuerda con la proposición de la Delegación de la Argentina--con respecto a la recomendación que señala que el organismo nacional que lleve a cabo el programa de control de medicamentos debe depender del Ministro de Salud--en el sentido de que debe decir que dependa del Ministerio de Salud. En realidad, todo el Ministerio depende del Ministro, pero tal como se ha redactado la recomendación da la impresión de que se trata de una dependencia directa, lo cual entorpecería la comunicación lateral con las subdependencias, que es de desear exista en nuestros países. De manera que sería preferible que se dijera que el organismo dependerá del Ministerio de Salud.

El Dr. ACUÑA (Director): Hemos tomado debida nota de las observaciones que se han hecho y de las modificaciones que se han presentado al informe final de las Discusiones Técnicas. Con la ayuda de la distinguida Dra. Leclerc-Chevalier, el Relator podrá elaborar un proyecto de resolución, que será sometido a la consideración de la Conferencia, adoptando el informe final con las enmiendas propuestas por los distintos delegados. Sin embargo, en vista de que el representante de la industria farmacéutica solo participa en esta Conferencia como Observador, es preciso saber si se ha aceptado o no la propuesta que él ha presentado. Entiendo que el silencio significa que no se ha aceptado, pero quisiera la confirmación de ustedes al respecto.

Dr. CHARLES (Bahamas): I am speaking not as a representative of the Executive Committee but merely as a participant at the Conference. With all due respect to the suggestion of Dr. Acuña that mere silence signifies non-agreement with the proposals made by the Representative of the Pharmaceutical Industry, I would hope that the Delegates gathered in this room, all senior administrative officers in their health services, would refute the suggestion that any amendment be made to the sixth recommendation on page 7 of the English version, where it is recommended quite clearly that Governments should establish lists of basic drugs by non-proprietary or generic names. Both PAHO and the World Health Organization have for some time now been encouraging countries to adopt this policy for one of the basic reasons why this subject was placed on the agenda, namely with a view to reducing the cost of drugs to the supplying agencies, the Government agencies. Therefore it would seem to me a retrograde step for this Conference to accept any suggestion of dilution of a particular certification in the recommendation.

Dr. MOODY (Jamaica): I would like to support what Dr. Charles has said. Jamaica feels very strongly that we must now be using generic drug names as the only way in which we can gain real control over the rising costs in our health services; we want to support very strongly the recommendations of PAHO and WHO on this point and to refute any suggestion that we should go back to proprietary names.

El Dr. ACUÑA (Director): No hemos tenido aún la oportunidad de estudiar en detalle las recomendaciones formuladas en el informe de las Discusiones Técnicas. Pero vemos que en las contenidas en los párrafos quinto, sexto y décimo de la página 7 y en el párrafo cuarto de la página 8, de ser adoptadas por la Conferencia, implican decisiones que llevarán a la Organización a participar con los Gobiernos y con la industria farmacéutica en las actividades que se enumeran o se definen en los párrafos mencionados. Por lo tanto, quizás se quisiera considerar la posibilidad de que en el proyecto de resolución se especifique claramente que la OPS o el Director, si así se decide, establezca o refuerce la cooperación o las relaciones con la industria farmacéutica con los propósitos mencionados en dichos párrafos.

El Dr. PEREZ DIEGUEZ (Observador, Federación Latinoamericana de la Industria Farmacéutica): Haciendo uso de la gentileza que esta Conferencia ha brindado a la industria farmacéutica, queremos formular una observación de orden. El Señor Observador de la industria que me precediera en el uso de la palabra, en realidad recogió una propuesta que fue formulada por la Delegación del Ecuador, o sea que lo que se estaría rechazando con el silencio no sería una propuesta de la industria sino de una delegación oficial a esta Conferencia.

El Dr. EGAS (Ecuador): Si no interpreté mal al Observador de la industria farmacéutica, el se refirió a dos aspectos: uno tiene relación con el nombre genérico de los medicamentos, con lo cual no estoy de acuerdo. El punto que fue motivo de mi preocupación se relaciona con el hecho de que habíamos pedido que la OPS organizara una reunión de alto nivel, con miembros de la industria para estudiar y definir qué aspectos podrían ser motivo de colaboración. Esta segunda parte tengo entendido que fue acogida por el Observador de la industria. Aclaramos que no estamos de acuerdo con el primer punto, porque está totalmente en contra de nuestra política.

Dr. LECLERC-CHEVALIER (Canada): Well, we have received a number of comments, and we will take note of them in the final draft of the report.

Dr. KHAZEN (Canada): Actually this is a point of information. I wish to inform the Conference that CIDA, the Canadian International Development Agency, has agreed to provide the equipment for the Caribbean Regional Drug Testing Laboratory located in Kingston, Jamaica.

Dr. BRYANT (United States of America): Mr. President, will the Conference see another draft of this paper?

El Dr. ACUÑA (Director): Tenemos entendido, Dr. Bryant, que las modificaciones al informe han sido ligeras y muy precisas, y ya hemos tomado nota de ellas. Sin embargo, estamos en espera de las notas que usted indicó que entregaría, en relación con el párrafo primero de la página 4. Pero si se entrega toda esta información a la Secretaría, yo creo que podemos tener la versión final del informe mañana, tanto en inglés como en español, con estas pequeñas modificaciones, y en la sesión de esta tarde seguramente estará listo el proyecto de resolución para que sea considerado. Muchas gracias, Sr. Presidente.

El Dr. GOMEZ ULLOA (Colombia): Deseo hacer dos comentarios en relación con lo que aquí se ha mencionado: el primero sobre el problema de las marcas.

Nosotros hemos encontrado una solución intermedia, aun cuando no incide realmente sobre la política nacional de los genéricos y sus precios. Es la siguiente: cuando esta política se establece por el Gobierno, obviamente no es posible limitarla para que la producción de los medicamentos genéricos que corresponden a los listados básicos o a los formularios nacionales pueda o deba ser exclusiva de un solo laboratorio. Es decir, la producción de un mismo medicamento genérico--supongamos una ampicilina, que en el mercado es producida por 20 ó 30 laboratorios--el Gobierno no puede limitarla a un solo laboratorio. En consecuencia, tiene que dejar libertad para que 10 ó 15 laboratorios, los que quieran, puedan lanzar al mercado los medicamentos con el nombre genérico que figura en los formularios básicos o en los formularios oficiales.

Al presentarse este problema tampoco parece lógico que todos esos medicamentos producidos, digamos por 10 laboratorios, siendo los mismos, únicamente contengan el nombre genérico. Es algo similar a lo que está ocurriendo en el mercado internacional con los Laboratorios Mc Kesson. El medicamento genérico para estos efectos es el que contiene realmente la nomenclatura internacional, pero en el caso de Mc Kesson este laboratorio ha añadido un distintivo para su genérico que es la sigla MK. A efectos de nuestra política, no nos oponemos a que para el lanzamiento de esos genéricos que utilizan básicamente la nomenclatura internacional el laboratorio pueda agregar un distintivo, que puede ser el nombre del propio laboratorio, luego de haber puesto obviamente el nombre genérico, porque tal vez tendría la obligación de hacerlo en el mercado privado, ya que en el mercado oficial el problema que se nos plantea es el de si realmente el medicamento genérico de bajo costo, porque hay que entender que debe ser un medicamento de óptima calidad y bajo costo, es un medicamento que se sujeta también a condiciones de licitación pública para su adquisición, o si dentro de una política muy restrictiva del Gobierno en cuanto al precio para ese medicamento genérico, el precio lo fija el Gobierno.

Nosotros hemos llegado a la conclusión de que puede ser mejor para el Gobierno, si tiene una buena política de precios, fijar el precio del medicamento genérico y autorizar que las adquisiciones se distribuyan equitativamente entre los laboratorios que están produciendo el mismo medicamento genérico.

Cuando se deja abierta la posibilidad de que el precio de genéricos se juegue en licitaciones públicas, ha ocurrido que se presente en el mercado un fenómeno de "dumping", que puede en algún momento sacar del mercado a las

empresas, por ejemplo nacionales, de capital reducido que no pueden competir con empresas multinacionales de capital muy grande a los efectos de aceptar determinadas condiciones del Gobierno, o de rebaja del precio hasta al límite en que esas empresas de pequeño capital no puedan competir con otras empresas. En ese caso se puede terminar teniendo un mercado monopolítico de los medicamentos genéricos. Por esta razón, nosotros hemos tomado la decisión de fijar un precio muy restrictivo al medicamento genérico y suprimir el procedimiento de las licitaciones, con el ánimo también de agilizar las mecánicas de adquisición por parte de las instituciones del sistema, en forma tal que si estos precios están fijados por el Gobierno, obligatoriamente deban comprarse a ese precio, distribuyendo las adquisiciones entre los diferentes laboratorios que los produzcan, que se hayan registrado ante el Gobierno para ello y que se encuentren en la lista presentada por el Gobierno para que los puedan adquirir.

En segundo lugar quiero aclarar que el hecho de que numerosos laboratorios pueden acogerse a la política de medicamentos genéricos no impide que por delante del nombre genérico, del nombre internacional, incluyan una sigla, como les contaba a ustedes ha hecho el laboratorio MK. Incluso puede permitirse que en algún momento, a pesar de que el precio sea exactamente el mismo en el mercado y la calidad obviamente la misma, puedan añadirse las siglas distintivas del laboratorio para que un paciente privado, no en el sector oficial por su puesto, pueda comprar el genérico que por cualquier razón el médico consideró que podía indicarle con preferencia a cualquiera otro de los genéricos con otra sigla distintiva diferente.

Dr. LECLERC-CHEVALIER (Canada): I would like to comment, in a few words, to the industry. Lists of drugs are always prepared by generic names; but if a country wishes to add the name substituted in that country, it is at liberty to do so. I cannot conceive of a list of drugs being prepared other than by generic names. We are not opposed to any source of drugs. They can be generic or brand names according to the circumstances.

El Dr. GOMEZ ULLOA (Colombia): Quiero aclarar que lo que he mencionado no tiene nada que ver con los listados nacionales. Por supuesto, nuestros formularios nacionales de medicamentos básicos están hechos con nombres genéricos exclusivamente. Por eso insisto en que me refiero a lo que ha hecho la industria dentro del mercado privado de genéricos, añadiendo al nombre genérico las siglas de marca.

ITEM 25: SELECTION OF THE TOPIC FOR THE TECHNICAL DISCUSSIONS TO BE HELD IN 1980 DURING THE XXVII MEETING OF THE DIRECTING COUNCIL OF PAHO, XXXII MEETING OF THE REGIONAL COMMITTEE OF WHO FOR THE AMERICAS

TEMA 25: SELECCION DEL TEMA DE LAS DISCUSIONES TECNICAS QUE TENDRAN LUGAR EN 1980 DURANTE LA XXVII REUNION DEL CONSEJO DIRECTIVO, XXXII REUNION DE LA OMS PARA LAS AMERICAS

The PRESIDENT: Dr. Roy St. John of Grenada will read the report of the Working Group.

Dr. ST. JOHN (Grenada): The Working Group for the selection of the topic for the Technical Discussions to be held in 1980 held two meetings. The members were Roy St. John, Grenada, Dr. Rogelio Valladares, Venezuela, and Dr. Roch Salim Khazen, Canada. The three topics chosen for submission to the delegates are: 1. Health Problems of Elderly Populations. Delivery of Health Services and Interaction with Social Services; 2. Community Health Education: Evaluation of Present Programs, New Approaches and Strategies; and 3. The Promotion of Health through Changes in Life Styles.

Dr. BRYANT (United States of America): Since I committed the other delegates on the topic of aging as an important issue for our agenda in the future I will comment briefly on that topic today. First, however, let me suggest or at least ask if the Working Group that was considering these topics considered the possibility of combining 2 and 3, that is community health education and promotion of health through changes of lifestyle. It is just a possibility that I would raise. Let me comment briefly on the matter of health problems of the elderly population.

As I indicated in my remarks earlier, it seems to me that this topic is important both to the more developed and to the less-developed countries, embracing biomedical and physiological questions as well as questions that have to do with health care, social services and socio-cultural factors. The issue of health care of elderly involves questions of the quality of life as well as of mere health. For this reason I think it is a subject of both interest and importance. I raised the question about the appropriate time when this topic could be discussed.

It seems to me that there are two possibilities; if the Delegates here feel that the topic is important for future discussion for the PAHO meetings, it could be put on the agenda for 1980, as indicated. Alternatively, it might be thought advisable to wait until we are somewhat closer to the United Nations' Year of the Aging, if indeed the decision is taken to have it. I understand it is in the process of consideration, in which case this topic might be deferred until 1981. My inclination now is to suggest it for 1980, so that PAHO might provide the leadership among the Regions in laying the groundwork for later global discussion of this problem.

El Dr. GONZALEZ (Uruguay): Mi Delegación desea expresar su total adhesión al tema que trata de los problemas de salud de los ancianos, el cual resulta de gran actualidad, no solo en cuanto a la prestación de los servicios de salud sino en lo que respecta a la interacción con los servicios sociales que comprenden la problemática actual del anciano en los diversos aspectos.

El Dr. EGAS (Ecuador): Deseamos destacar la importancia al tema de la educación comunitaria en salud, en la forma como ha sido planteado, es decir que comprenda la evaluación de los programas actuales, nuevas orientaciones y estrategias. Su consideración permitiría perfeccionar todos aquellos elementos de comunicación que son necesarios para poder realizar nuestros programas de extensión de la cobertura de salud, especialmente en las áreas urbanas marginales y en las rurales dispersas. La educación sanitaria parece ser el llamado de la época para tratar de conseguir el éxito de nuestras acciones.

Dr. MOODY (Jamaica): I would like to support Dr. Egas of Ecuador in stressing the importance of community health education at this particular time. We have been discussing our primary health care programs and the extension of coverage, and we have said time and time again that the involvement of the community in all our programs is of vital importance. It would seem that a topic highly suitable for discussion in 1980 is Community Health Education.

The PRESIDENT: The selection of the item will be made by secret ballot, so I think, if we have no further comments, we shall proceed. We have to appoint two tellers, and I invite Dr. van Kantén of Suriname and Mr. Rocha from Bolivia to be the tellers. The Secretary will explain the procedure.

The SECRETARY: Mr. President, as you have said, this is to be decided by secret ballot, in accordance with Rule 9 of the Rules of the Technical Discussions. The procedure is exactly the same as that which we have gone through on two or three previous occasions during this Conference. The only difference is that each Delegate should vote for one and only one of the topics for the Technical Discussions, and I suggest, in order to make it uniform and simple, that the Delegates vote by number. No. 1, Health Problems of the Elderly Population; No. 2, Community Health Education; and No. 3, Promotion of Health through Changes in Lifestyles, so that it is necessary only for each Delegate to put one number on the ballot, and no more. Ballots which have two numbers or more will be considered invalid. If the Delegates are ready to vote, we will start with Argentina and ask the Delegation to put their ballots in the box.

A vote was taken and the tellers counted the votes.  
Se procede a la votación. Los escrutadores cuentan los votos.

The PRESIDENT: The result of the voting is as follows: Number of ballots cast: 24. Number of valid ballots: 24. Number of invalid ballots: 0. Majority: 13. Votes in favor of No. 2, 13; votes in favor of No. 1, 11; votes in favor of No. 3, 0. Thus topic No. 2 is the item selected: Community Health Education: Evaluation of Present Programs, New Approaches and Strategies. I wish to thank the tellers for their work.

Decision: The topic "Community Health Education: Evaluation of Present Programs, New Approaches and Strategies" was selected.

Decisión: Queda seleccionado el tema: "Educación comunitaria en salud: Evaluación de los programas actuales, nuevas orientaciones y estrategias".

The session rose at 12:30 p.m.  
Se levanta la sesión a las 12:30 p.m.





# XX PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE

## XXX REGIONAL COMMITTEE MEETING

ST. GEORGE'S, GRENADA

SEPTEMBER - OCTOBER 1978

Tuesday, 3 October 1978, at 2:45 p.m.  
Martes, 3 de octubre de 1978, a las 2:45 p.m.

CSP20/MP/13·

3 October 1978

ORIGINAL: ENGLISH-SPANISH-  
PORTUGUESE-FRENCH

PROVISIONAL VERBATIM RECORD OF THE THIRTEENTH PLENARY SESSION  
ACTA PROVISIONAL TAQUIGRAFICA DE LA DECIMOTERCERA SESION PLENARIA

President: Mr. H. J. Preudhomme Grenada  
Presidente:  
Later: Dr. John H. Bryant United States  
Más tarde: of America

Contents  
Indice

Consideration of Proposed Resolutions Pending Approval  
Consideración de los proyectos de resolución pendientes de aprobación

- Item 30: Control vs. Eradication in Malaria Programs
- Tema 30: Control vs. erradicación en los programas maláricos
- Item 23: Report on the XI Inter-American Meeting, at the Ministerial Level, on Foot-and-Mouth Disease and Zoonoses Control
- Tema 23: Informe sobre la XI Reunión Interamericana, a Nivel Ministerial, sobre el Control de la Fiebre Aftosa y Otras Zoonosis

(continued overleaf)  
(continúa al dorso)

Note: This verbatim record is provisional. Delegates are therefore requested to notify Document Services (Room A-I) of any changes they wish to have made in the text. The texts of the verbatim records will be published in the Proceedings of the Meeting.

Nota: Esta acta taquigráfica es provisional. Se ruega a los señores Delegados tengan a bien comunicar al Servicio de Documentos (Hab. A-I) las modificaciones que deseen ver introducidas en el texto. Los textos de las actas taquigráficas se publicarán en las Actas de la Reunión.

Contents (cont.)Indice (cont.)

## Consideration of Proposed Resolutions Pending Approval (cont.)

## Consideración de los proyectos de resolución pendientes de aprobación (cont.)

- Item 28: Mechanisms for the Establishment of Official Relations between PAFO and Inter-American Nongovernmental Organizations
- Tema 28: Mecanismos para el establecimiento de relaciones oficiales de la OPS con organizaciones interamericanas no gubernamentales
  
- Special Fund for the Support of Programs Financed with Extrabudgetary Funds
- Fondo especial de apoyo a los programas financiados por fondos extrapresupuestarios
  
- Item 33: Selection of Two Governments, each to Designate a Person to Serve on the Joint Coordinating Board of the WHO Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases
- Tema 33: Selección de dos Gobiernos, cada uno de los cuales designará una persona para integrar la Junta Mixta de Coordinación del Programa Especial de la OMS sobre Investigación y Adiestramiento en Enfermedades Tropicales
  
- Item 34: The Implications of Dengue Fever for the Health and Economies of the Countries of the Region
- Tema 34: Las repercusiones del dengue en la salud y la economía de los países de la Región
  
- Item 39: Observers from Subregional Governmental Organizations. Hipólito Unanue Agreement
- Tema 39: Observadores de organizaciones subregionales gubernamentales. Convenio Hipólito Unanue
  
- Item 20: Resolutions of the Thirty-first World Health Assembly of Interest to the Regional Committee of WHO for the Americas
- Tema 20: Resoluciones de la 31a Asamblea Mundial de la Salud de interés para el Comité Regional de la OMS para las Américas
  
- Item 27: Report on Amendments to the Staff Rules of the Pan American Sanitary Bureau
- Tema 27: Informe sobre enmiendas al Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana
  
- Item 29: Extension of Health Services to the Underserved Population in Rural and Urban Areas (continuation)
- Tema 29: Extensión de los servicios de salud a la población subatendida de las zonas rurales y urbanas (continuación)

CONSIDERATION OF PENDING PROPOSED RESOLUTIONS  
CONSIDERACION DE PROYECTOS DE RESOLUCION PENDIENTES

Item 30: Control vs. Eradication in Malaria Programs (conclusion)  
Tema 30: Control vs. erradicación de los programas maláricos (conclusión)

El RELATOR: El proyecto de resolución sobre el tema dice así:

"THE XX PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Having examined the document on control vs. eradication in malaria programs;

Mindful of Resolution XVIII adopted by the Executive Committee at its 80th Meeting;

Taking into account Resolution WHA31.45 of the Thirty-first World Health Assembly; and

Considering that the epidemiological situation of malaria has worsened in certain areas of the Americas, with unfavorable repercussions on the extensive areas now free of the disease,

RESOLVES:

1. To reaffirm that eradication is the goal of the malaria program in the Americas.

2. To declare, to this end, that 1980 is the "Year of Frontal Struggle with Malaria in the Americas" for the purpose of intensifying operations to eradicate the disease.

3. To urge the Governments to carry out promptly epidemiological studies that will assist in the adoption of new strategies.

4. To request the Governments to give sufficient national priority to the malaria program to ensure adequate financing.

5. To request the Director that, when the III Meeting of Malaria Eradication Services is organized in Mexico in 1979, its work be oriented toward the formulation of a Hemisphere-wide plan of action.

6. To ask the Director to seek assistance from the WHO Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases in intensifying the Organization's technical support for Governments in the fields of applied research and training.

7. To request the Director to call a meeting for the purpose of discussing malaria reinfection in countries where the disease has been eradicated and considering the possible introduction of appropriate quarantine measures."

"LA XX CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el documento sobre control vs. erradicación en los programas de malaria;

Teniendo presente la Resolución XVIII adoptada por el Comité Ejecutivo en su 80a Reunión;

Tomando en cuenta la Resolución WHA31.45 de la 31a Asamblea Mundial de la Salud, y

Considerando que en ciertas áreas de las Américas ha empeorado la situación epidemiológica de la malaria, con desfavorable repercusión en las extensas áreas ya libres de la enfermedad,

RESUELVE:

1. Reiterar que la erradicación de la malaria es el objetivo del programa en las Américas.
2. Declarar, con este propósito, el año 1980 como "Año de la Lucha Frontal contra la Malaria en las Américas", con el fin de intensificar las acciones de erradicación de esta enfermedad.
3. Instar a los Gobiernos para la pronta realización de estudios epidemiológicos que faciliten la adopción de nuevas estrategias.
4. Solicitar a los Gobiernos que concedan la suficiente prioridad nacional al programa de malaria para conseguir el financiamiento necesario.
5. Solicitar al Director que, al organizar la III Reunión de Servicios de Erradicación de la Malaria en México, en 1979, se oriente su trabajo hacia la formulación de un plan de acción en escala continental.
6. Pedir al Director que, con el Apoyo del Programa Especial de Investigación y Adiestramiento en Enfermedades Tropicales de la OMS, intensifique la cooperación técnica de la Organización con los Gobiernos en las actividades de investigación aplicada y adiestramiento.
7. Pedir al Director que convoque una reunión para discutir el problema de la reinfección malárica en los países en donde se ha eradicado la malaria y para examinar la posible introducción de medidas adecuadas de cuarentena".

Dr. MOODY (Jamaica): In paragraph 7, I think it is better in English to say "to consider" instead of "considering."

Dr. JONES (Guyana): In paragraph 7 I think the word should be "re-infestation" rather than "reinfection" in the English, so that it would read: "To request the Director call a meeting for the purpose of discussing malaria reinfestation..."; not reinfection.

El Dr. VALLADARES (Venezuela): En el título de la resolución dice: Control vs. erradicación de los programas maláricos. Creo que los programas no son maláricos, debe ser de malaria.

The PRESIDENT: If there are no further comments, I would ask you to adopt this resolution. Adopted.

Decision: The proposed resolution was unanimously approved.  
Decisión: Se aprueba el proyecto de resolución por unanimidad.

Item 23: Report on the XI Inter-American Meeting, at the Ministerial Level, on Foot-and-Mouth Disease and Zoonoses Control (conclusion)  
Tema 23: Informe sobre la XI Reunión Interamericana, a Nivel Ministerial, sobre el Control de la Fiebre Aftosa y otras Zoonosis (conclusión)

El RELATOR: El proyecto de resolución sobre el tema dice así:

"THE XX PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Having considered the Final Report of the XI Inter-American Meeting, at the Ministerial Level, on Foot-and-Mouth Disease and Zoonoses Control (Document RICA211/FR);

Recognizing the rising demand for technical cooperation by the Organization in animal health and veterinary public health from Member Countries carrying on programs for the prevention, control and eradication of foot-and-mouth disease and other zoonoses;

Aware of the importance of the technical cooperation provided by the Organization to the Member Governments through the Pan American Foot-and-Mouth Disease and Zoonoses Centers for animal health and veterinary public health programs, which are essential for the prevention, control and eradication of diseases of major importance for man and animals; and

Considering that it is essential to maintain the activities of the Centers at their present level in order that the programs for the prevention, control and eradication of zoonoses in the countries may be consolidated,

## RESOLVES:

1. To take note of the Final Report of the XI Inter-American Meeting, at the Ministerial Level, on Foot-and-Mouth Disease and Zoonoses Control (Document RICAZ11/FR).

2. To thank the Ministers of Agriculture for their efforts toward the prevention, control and eradication of animal diseases, thereby cooperating toward the improvement of the health and the socioeconomic development of the peoples of the Americas.

3. To express their appreciation to the Ministers of Agriculture for the support and contributions they are providing to the above-mentioned Centers.

4. 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."

"LA XX CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el Informe Final de la XI Reunión Interamericana, a Nivel Ministerial, sobre el Control de la Fiebre Aftosa y otras Zoonosis (Documento RICAZ11/FR);

Reconociendo las crecientes solicitudes de cooperación técnica en salud animal y salud pública veterinaria presentadas a la Organización por los Países Miembros que llevan a cabo programas de prevención, control y erradicación de la fiebre aftosa y otras zoonosis;

Consciente de la importancia de la cooperación técnica que la Organización brinda a los Gobiernos Miembros a través de los Centros Panamericanos de Fiebre Aftosa y de Zoonosis para los programas de salud animal y salud pública veterinaria esenciales para la prevención, control y erradicación de enfermedades de importancia para el hombre y los animales, y

Considerando que es indispensable mantener el nivel actual de actividades de los Centros para consolidar los programas de prevención, control y erradicación de las zoonosis en los países,

## RESUELVE:

1. Tomar nota del Informe Final de la XI Reunión Interamericana, a Nivel Ministerial, sobre el Control de la Fiebre Aftosa y otras Zoonosis (Documento RICAZ11/FR).

2. Agradecer a los Ministros de Agricultura su labor en la prevención, control y erradicación de las enfermedades de los animales, contribuyendo así al mejoramiento de la salud y al desarrollo socioeconómico de los pueblos de las Américas.

3. Expresar su reconocimiento a los Ministerios de Agricultura por su apoyo y contribuciones a los mencionados Centros.

4. Pedir al Director que, en consulta con los órganos competentes en la materia que sea preciso, estudie la posibilidad de transferir las responsabilidades que incumben actualmente a la Organización en relación con el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa a alguna entidad internacional más estrechamente vinculada con la agricultura, teniendo buen cuidado de que dicha transferencia se efectúe sin menoscabo de la valiosa labor que se ha venido realizando hasta ahora".

Decision: The proposed resolution was unanimously approved.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución.

Item 28: Mechanisms for the Establishment of Official Relations between PAHO and Inter-American Nongovernmental Organizations (conclusion)

Tema 28: Mecanismos para el establecimiento de relaciones oficiales de la OPS con organizaciones interamericanas no gubernamentales (conclusión)

The PRESIDENT: I now invite the Conference to consider the proposed resolution contained in Document PR/8.

El RELATOR: El proyecto de resolución sobre el tema dice así:

"THE XX PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Recalling that the XIV Pan American Sanitary Conference adopted Resolution CSP14.28 setting forth the criteria that the Pan American Health Organization was to observe when establishing official relations with inter-American nongovernmental organizations;

Considering that it is necessary to establish procedures for applying the criteria set forth in Resolution CSP14.28;

Recognizing the need to establish the privileges that an official relationship with PAHO confers on nongovernmental organizations;

Having considered the proposed procedures and privileges contained in Document CE80/14 presented by the Director to the Executive Committee at its 80th Meeting; and

Having taken note of Resolution XX of the 80th Meeting of the Executive Committee,

RESOLVES:

I. To adopt the following procedures for the establishment by the Pan American Health Organization of official relations with inter-American nongovernmental organizations:

1. An inter-American nongovernmental organization may, of its own accord or by invitation, request official recognition and the establishment of working relations in areas of mutual interest.
2. To this end, the inter-American nongovernmental organization must submit with its application the following supporting documentation:
  - 2.1 A certified copy of its charter and by-laws.
  - 2.2 Certified copies of the charters and by-laws of its affiliates in the Hemisphere.
  - 2.3 An authenticated copy of the proceedings in which the Directors were elected and of the authorization of the assembly to establish relations with PAHO.
  - 2.4 A copy of the most recent periodic report on its activities.
3. The letter of application will be circulated to all the Member Governments and their views obtained within a term of 60 days.
4. The Executive Committee of PAHO will appoint a standing subcommittee composed of three members, one of whom will be rotated each year to insure the continuity of the subcommittee's functions.
  - 4.1 The Director of PASB will forward to the standing subcommittee the applications for recognition and supporting documents received from inter-American nongovernmental organizations.
  - 4.2 If the documentation received is not sufficiently complete or satisfactory, the Director will also inform the subcommittee of the steps that have been taken.
  - 4.3 The Committee will review and analyze the documentation presented in detail. If a question arises, it may request the appearance of an authorized representative of the inter-American nongovernmental organization to clarify any matters relating to the application.
5. When the applications received have been properly reviewed, the standing subcommittee will make its recommendations to the Executive Committee on recognition of and the establishment of official working relations with the applying inter-American nongovernmental organization.



In certain cases, the standing subcommittee may recommend that consideration of an application be postponed and that the Director be requested to contact the applying organization in order to determine the areas of common interest and the mutual benefits that would accrue from cooperation between the two organizations.

6. Once it has considered the standing subcommittee's recommendations, the Executive Committee will decide whether or not to authorize relations with a given organization.
7. Every year the Chairman of the Executive Committee will convey the decisions taken to the Directing Council or the Pan American Sanitary Conference.
8. The Director of PASB will inform each organization of the Executive Committee's decision on its application. If the decision is favorable, he will indicate the privileges conferred by the establishment of official relations.
9. Every three years the Executive Committee, acting through the standing subcommittee, will review the list of inter-American nongovernmental organizations with which PAHO has official working relations and decide whether they should be continued or suspended.

II. To establish that the status of official relations with PAHO shall confer on an inter-American nongovernmental organization the following privileges:

1. The right to appoint a representative to participate, without the right to vote, in the regular meetings of the Governing Bodies of PAHO, and in conferences and seminars conducted under the authority of PAHO.

When matters of particular interest to the organization are discussed at these meetings, its representative may, at the request of the Chairman of the meeting or in the Chairman's acceding to a request from it, make a statement presenting its views.

2. Active participation in the Technical Discussions that take place in connection with the meetings of the Directing Council or the Conference.
3. Access to nonconfidential documentation related to matters of interest to it.
4. Collaboration, when requested by the Chairman of the Executive Committee, in the programming of joint activities in health matters of common interest.
5. The right to submit a memorandum to the Director of PASB on programs going forward in areas of common interest; the Director will determine the nature and scope of its circulation. In the event of a memorandum being submitted which, in the view of the Director, should be placed on the agenda of the Directing Council, the memorandum will be put before the Executive Committee for possible inclusion on the agenda of the Council.

"LA XX CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Recordando que la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana aprobó la Resolución CSP14.28, en la que se exponían las normas generales que habría de observar la Organización Panamericana de la Salud al establecer relaciones oficiales con organizaciones interamericanas no gubernamentales;

Considerando que es necesario establecer procedimientos para aplicar las normas generales enunciadas en la Resolución CSP14.28;

Reconociendo la necesidad de señalar los privilegios que confiere a las organizaciones no gubernamentales el establecimiento de relaciones oficiales con la OPS;

Habiendo considerado los procedimientos y privilegios propuestos incluidos en el Documento CE80/14 presentado por el Director al Comité Ejecutivo en su 80a Reunión, y

Habiendo tomado nota de la Resolución XX de la 80a Reunión del Comité Ejecutivo,

RESUELVE:

I. Adoptar los siguientes procedimientos para el establecimiento de relaciones oficiales de la Organización Panamericana de la Salud con organizaciones interamericanas no gubernamentales:

1. Las organizaciones interamericanas no gubernamentales podrán solicitar, por iniciativa propia o por invitación, su reconocimiento oficial y el establecimiento de relaciones de trabajo en los campos de interés mutuo.
2. Con ese fin, las organizaciones interamericanas no gubernamentales deberán presentar, además de la solicitud correspondiente, la siguiente documentación:
  - 2.1 Copias certificadas del acta de constitución y de los estatutos de la Organización.
  - 2.2 Copias certificadas de las actas constitutivas y de los estatutos de sus filiales en los diversos países del Continente.
  - 2.3 Copia autenticada del acta de la elección de la junta directiva y de la autorización de la asamblea para entrar en relaciones con la OPS.
  - 2.4 Un ejemplar del último informe periódico de actividades.
3. La carta de solicitud será circulada entre todos los Gobiernos Miembros, recabándose la opinión de los mismos en un plazo de 60 días.

4. Por su parte, el Comité Ejecutivo de la OPS designará un subcomité permanente de tres miembros que, para asegurar la continuidad de sus funciones, se renovará con un miembro cada año. Dicho subcomité:
  - 4.1 Recibirá del Director de la Oficina las solicitudes de las organizaciones interamericanas no gubernamentales que hayan solicitado reconocimiento, así como la documentación correspondiente.
  - 4.2 Cuando la documentación presentada no sea lo suficientemente completa o satisfactoria, el Director informará también sobre las gestiones realizadas.
  - 4.3 El Comité revisará y analizará en detalle la documentación presentada. En caso de duda podrá solicitar la comparecencia de un representante autorizado de la organización no gubernamental para aclarar cualquier asunto referente a la solicitud.
5. Una vez debidamente estudiadas las solicitudes recibidas, el subcomité permanente hará sus recomendaciones al Comité Ejecutivo sobre el reconocimiento y establecimiento de relaciones oficiales de trabajo con las organizaciones interamericanas no gubernamentales.

En ciertos casos, el subcomité permanente podrá recomendar que se posponga la consideración de la solicitud y que se pida al Director que entre en contacto con la organización en cuestión, a fin de determinar las áreas de interés común y las ventajas mutuas que entrañaría la colaboración entre ambas organizaciones.
6. Vistas las recomendaciones del subcomité permanente, el Comité Ejecutivo decidirá si procede o no autorizar el establecimiento de relaciones con una organización.
7. El Presidente del Comité Ejecutivo informará anualmente al Consejo Directivo o a la Conferencia Sanitaria Panamericana sobre las decisiones tomadas.
8. El Director de la Oficina Sanitaria Panamericana informará a cada organización de la decisión del Comité Ejecutivo sobre su solicitud. En caso de ser ésta favorable les señalará las prerrogativas que confiere el establecimiento de relaciones oficiales.
9. El Comité Ejecutivo efectuará cada tres años, por medio del subcomité permanente, una revisión de la lista de organizaciones interamericanas no gubernamentales con las cuales la OPS mantiene relaciones oficiales de trabajo y decidirá sobre la conveniencia de mantener o suspender dichas relaciones.

II. Establecer que el mantenimiento de relaciones oficiales con la OPS conferirá a las organizaciones interamericanas no gubernamentales los siguientes privilegios:

1. Derecho a designar un representante para que participe, sin derecho a voto, en las reuniones regulares de los Cuerpos Directivos de la OPS, así como en las conferencias y seminarios que se lleven a cabo bajo la autoridad de la OPS.

Quando en dichas reuniones se discuta una materia de particular interés para una organización no gubernamental, su representante podrá, a solicitud del Presidente de la reunión o con la anuencia de éste a una solicitud de la organización, hacer una exposición de los puntos de vista de la misma.

2. Participación activa en las Discusiones Técnicas que se realicen en la oportunidad de las reuniones del Consejo Directivo o de la Conferencia.

3. Acceso a toda documentación no confidencial relacionada con asuntos de su interés.

4. Colaborar, cuando así le sea solicitado por el Presidente del Comité Ejecutivo, en la programación de sus actividades conjuntas en asuntos de salud de interés común.

5. Derecho a presentar un memorandum al Director de la OSP sobre los programas que se desarrollen en áreas de interés común; el Director determinará la índole y el alcance de su distribución. En caso de que se presente un memorandum que, a juicio del Director, deba ser incluido en la agenda del Consejo Directivo, dicho memorandum se someterá ante el Comité Ejecutivo para su posible inclusión en la agenda del Consejo.

El Dr. ACUÑA (Director): En la versión en español, la página 3 en el inciso II.1, dice: "Derecho a designar un representante". Quizás ustedes quisieran considerar la posibilidad de mencionar observador porque el carácter de representante o delegado le da otra categoría a los participantes en las sesiones de la Conferencia o del Consejo Directivo. Yo no sé si habría inconveniente en que fuera observador meramente en lugar de representante o representante observador.

The PRESIDENT: Any other comments? If there are no further comments, the resolution is adopted.

Decision: The proposed resolution as amended was unanimously adopted.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución así enmendada.

Special Fund for the Support of Programs Financed with Extrabudgetary Funds  
Fondo especial de apoyo a los programas financiados por fondos  
extrapresupuestarios

El RELATOR: El proyecto de resolución sobre el tema dice así:

"THE XX PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Bearing in mind that the progressive growth of the annual assessments is outpacing the normal growth of the national budgets, which is of particular significance in the case of the Region of the Americas because we make annual contributions to WHO and to PAHO;

Noting that the interest accruing on contributions deposited in banks and the charges for the support of programs financed with extrabudgetary funds amount to sizable sums that will continue to increase in the future; and

Convinced that the income referred to in the foregoing paragraph can and must be used to help reduce the growth rate of the quota contributions of the countries,

RESOLVES:

1. To direct that the interest accruing on the contributions of the Governments while deposited in banks and the percentages charged for the support of programs financed with extrabudgetary funds of all kinds, including loans from credit institutions, be used to establish a special fund.
2. To instruct the Director to allow this special fund to be used only as a source of financing for the regular budgets of the Organization in the ordinary course of preparation of proposed budgets for submittal to the Governing Bodies for consideration."

"LA XX CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Teniendo en cuenta que el aumento progresivo de las contribuciones anuales sobrepasa el crecimiento regular de los presupuestos nacionales y que, en el caso de la Región de las Américas, ésto tiene significado especial pues cubrimos cuotas anuales para la OMS y la OPS;

Observando que los intereses devengados por las contribuciones depositadas en bancos y los cargos por costo de apoyo a los programas financiados por fondos extrapresupuestarios alcanzan cantidades importantes que seguirán aumentando en el futuro, y

Convencidos de que la aplicación de los ingresos señalados en el párrafo precedente pueden y deben contribuir a reducir la tasa de aumento de las contribuciones asignadas a los países,

RESUELVE:

1. Disponer el establecimiento de un fondo especial constituido por los intereses que produzcan las contribuciones de los Gobiernos Miembros depositadas en los bancos y por el porcentaje que se cargue por concepto de apoyo a los programas financiados por fondos extrapresupuestarios de todo tipo, incluyendo préstamos de instituciones de crédito.

2. Instruir al Director para que este fondo especial se utilice únicamente para contribuir a la financiación de los presupuestos regulares de la Organización, dentro del proceso de la preparación ordinaria de los proyectos de presupuestos que se someterán a consideración de los Cuerpos Directivos".

Mr. ANDREW (United States of America): I would simply like to ask whether the Director would care to comment on this resolution before we discuss it further.

El Dr. VALLADARES (Venezuela): En primer lugar, yo quisiera proponer un cambio en el título. Este sería, "Fondo especial para financiar los presupuestos regulares de la Organización" o para "contribuir a financiar". En segundo lugar, además de los razonamientos que están expuestos en el texto mismo de la resolución, yo tengo entendido que en un momento dado la Administración explicó que realmente consideraban que no era procedente en una resolución de este tipo porque de hecho eso es lo que se ha venido haciendo. Tengo entendido que se hizo referencia, no estoy muy seguro, a uno de los cuadros del presupuesto, el proyecto de resolución de la página 4 donde hay EUA\$700,000 provenientes de otros ingresos que se restan de la cantidad total y que por lo tanto van a contribuir el financiamiento del presupuesto de 1979.

Sin embargo, el hecho de que esto se haya hecho en una proporción cualquiera, en este caso EUA\$700,000, no quiere decir que nosotros no podamos, como Cuerpo Directivo de la Organización, solicitar que estos dos renglones específicos a que nos hemos estado refiriendo--intereses ganados o devengados por las contribuciones depositadas en los bancos--pueda ser una cantidad que no conocemos, y el otro que son los cargos por concepto de apoyo a los programas, o sea el "overhead" que se le va a cargar a los programas financiados por fondos extrapresupuestarios o por empréstitos de organismos internacionales de crédito. Que esos dos renglones, específicamente, figuren en un aparte del presupuesto como ingresos y se destinen en el presupuesto siguiente a financiar el presupuesto ordinario de manera que las cuotas de los Gobiernos puedan ser reducidas. Nada impide que nosotros establezcamos una definición más precisa.

En los documentos básicos, página 90 en español, el Artículo VI habla de los fondos y el inciso 6.7 dice: "el Director o cualquiera otra autoridad competente podrá establecer Fondos Fiduciarios de Reservas y Especiales". En este caso sería un fondo especial. Y en el 6.8 dice: "La autoridad competente--o sea la misma que establece el fondo, en este caso sería la Conferencia si ustedes aprueban la resolución--definirá con claridad la finalidad y los límites de cada Fondo Fiduciario de Reserva o Especiales".

Lo que pretende la Delegación nuestra al presentar este proyecto de resolución, es establecer un mecanismo por el cual la Conferencia, el Consejo Directivo, el Comité, sepan cada año cuántos son los ingresos por concepto de intereses de dinero en los bancos, y cuántos son los ingresos por concepto de "overhead", o sea de cargos por apoyo a los programas, y que esa cantidad, que pudieran ser muchos millones o miles no sabemos todavía, pero generalmente van a pasar seguramente de los 3, 4, 5 millones de dólares, que esta cantidad pueda entonces destinarse únicamente a financiar parte del presupuesto del año subsiguiente.

En esta forma y en la misma proporción, hubiera las cuotas de los gobiernos tener alguna reducción proporcional. Esa es la explicación complementaria. Yo quería darles a los delegados, con el objeto de explicarles cuál es la finalidad fundamental de esta resolución y además decirles que el hecho de que en parte se esté haciendo, de una manera o de otra, no implica que necesariamente no podemos nosotros fijar en forma más clara y definida los orígenes de ese fondo y los destinados de ese fondo.

Mr. MULDOON (Chief of Administration): I appreciate the further comments of the Delegate of Venezuela because this helps to clarify the thrust of the resolution.

With regard to the interest income, I was trying to explain that interest income in the Organization refers to interest on funds and deposits in the bank. This income is now shown in the budget under "Miscellaneous Income" so that you might say that it is already having the effect of reducing quota contributions because they are one of the sources that finance the budget which is approved by the Governing Bodies.

I might also draw your attention to the Financial Report, which shows what the interest income of the Organization was for 1977. For example, on page 13 of the Financial Report of the Director, you will find an item called "Miscellaneous Income." The first subcategory under "Miscellaneous Income" is interest earned. This refers to interest earned on deposits in banks. For example, in 1977 the Organization earned interest in the amount of \$791,416. In summary, interest income is included in the budget. It already has the effect of reducing the quota contributions. This is shown in the budget document (Official Document 154), on page 4 under point 2: "Miscellaneous Income." This is one of the sources of financing the budget, the other source, of course, being other contributions of the Governments to the regular budget.

The program support funds, or "overhead" funds, as they are referred to sometimes, that the Organization obtains from donor organizations, come to the Organization to support projects funded by extrabudgetary funds. The purpose of these program support funds is to provide technical and administrative support to projects; it might be laboratory equipment, it might be a part-time driver to take project people around, it might be a number of things. In effect, the Organization has sought to obtain these program support funds or overhead funds in order to avoid having to use regular budget funds to support extrabudgetary funded projects. If these program support funds were placed in a special fund to be used as a source of financing the regular budget, they would not be available for the support of projects. We might also run into a problem with donors who would be providing funds for an extrabudgetary project. There might be some concern on the part of these donors if the funds were not used for the purpose for which they were provided to the Organization. In other words, we obtain these program support funds for the purpose of covering the Organization's support costs for the project. If the donors thought that we were using them to support the regular budget, they could have some concern about how these funds had been used.

Mr. ANDREW (United States of America): I think that my Government would agree with the basic change that the Delegate from Venezuela has in mind. He wants to identify income from interest being paid in support costs, so that the membership knows where it is and has some kind of control, at least over the interest from income. It is with some reluctance therefore that my Delegation would have to vote against the proposed resolution. Instead, I will make a suggestion.

A subject like this is fairly technical. It really should go through the normal procedure of being considered first by the Executive Committee. For instance, when I read in the first paragraph: "Bearing in mind that the progressive growth of the annual assessments is outpacing the normal growth of national budgets," I am not sure that it is always true. In the case of my own country, I do know that the growth of the annual budget has been quite high. On the other hand, the growth of the PAHO budget in recent years has been notably modest; in fact it has been a source of considerable satisfaction,



I think, to most of us. So I am not sure about the first paragraph. Secondly, I am a little concerned about the point raised by Mr. Muldoon that donors of extrabudgetary funds might look somewhat askance at a situation where the support-cost fraction of what they are giving the Organization is frozen in an account to be monitored by the Governing Bodies and then used in perhaps as much as a year's time for the regular budget rather than to support the program which this extrabudgetary donor is interested in. However, perhaps we might persuade the Director to give more thorough reports on these kinds of things, so that the membership would feel reassured and know that there were no secrets.

Therefore I would propose that, instead of taking a decision now in this body, we allow the Executive Committee to consider the question and we discuss it with documents in front of us and examples from the Secretariat and perhaps from our own Governments, as well as questions from our own Governments, so that in the Directing Council next year, we could advance with some confidence down the road which the Delegate from Venezuela would like to see us follow.

It seems to me, finally, that there is no great hurry. As we note in reading the document and other agenda items, PAHO has not been charging extrabudgetary donors this kind of support-cost money until recently; it is just something that is beginning to develop. There is time for the Organization to examine this problem more carefully in the Executive Committee, and for us to decide next year what we want to do.

Dr. KHAZEN (Canada): I would like to support what the Delegate from the United States of America just said, in particular his recommendation that the Conference should refer the matter to the Executive Committee.

El Dr. VALLADARES (Venezuela): Nos complace mucho que la Delegación de los Estados Unidos de América esté de acuerdo con nosotros por lo menos en la primera parte en cuanto a clarificar el monto de ingresos que por estos dos conceptos van a entrar a la Organización.

Sin embargo, yo quería explicar en relación con lo que ha explicado el señor Muldoon--que los intereses de los bancos que parece haber ascendido a \$790,000 de los cuales \$700,000 se aplicaron al presupuesto de 1979--si es una práctica que ya se está haciendo no está demás regularizarla, y en relación con los programas que se financian con fondos extrapresupuestarios yo creo que es claro que el personal que necesitan en esos programas ya está incluido como personal en el programa en todo lo que se desarrolla alrededor de un programa de estos cuando se les presenta el estudio al PNUD o al BID.

Tengo entendido que el porcentaje de "overhead" es un porcentaje líquido que se toma de ese dinero para la Organización y que se supone que es para pagar el funcionamiento de la Organización que va a prestar el servicio. Ahora bien, ese es un dinero que ya el banco le ha asignado a un gobierno y que de ese dinero asignado a ese gobierno donde están incluidos consultores, choferes, mandaderos, etc., la Organización cobra, y yo creo que con razón,

un porcentaje de "overhead". Este porcentaje, como ha dicho el Sr. Andrews, es ahora cuando comienza a aplicarse. En el Comité Ejecutivo en junio pasado comentamos bastante esto y sobre todo el monto, ese "overhead" que va desde el 5% hasta un posible 31% y es evidente que un 31% de costos de administración es bastante alto y que va a producir a la Organización una buena entrada.

Por otra parte, yo considero también que, como pasa con muchas otras materias en esta Conferencia, no está ni la actitud, ni la mente, ni la voluntad de los delegados en este momento para estudiar estas cosas tan áridas y me voy a acoger a la proposición hecha por el Delegado de los Estados Unidos de América de que le pasemos esta materia al Comité Ejecutivo, donde podemos estudiarla in extenso. Sin embargo, quiero advertirles que en relación a esto, tenemos el Tema 37 que vamos a discutir más tarde en el cual ya se considera definitivamente los porcentajes de costo de administración que se van a cargar a los programas. La Delegación de Venezuela hace un sacrificio en este sentido porque cree que su proposición es absolutamente lógica, es legal y reglamentaria y es útil para la Organización.

The PRESIDENT: Do I understand the Delegate of Venezuela to mean that he wishes to withdraw the resolution?

El Dr. VALLADARES (Venezuela): Sí, la Delegación de Venezuela se acoge a la sugerencia hecha por el Delegado de los Estados Unidos de América y que me imagino también será votada. La sugerencia del Delegado de los Estados Unidos de América es que la Conferencia decida y no nosotros, ni el Delegado de los Estados Unidos de América ni el Delegado de Venezuela, pasar esta resolución y este estudio al Comité Ejecutivo.

El Dr. ACUÑA (Director): Yo creo que es cuestión de interpretación. Obviamente el Delegado de los Estados Unidos de América está haciendo una propuesta que no necesita ser votada ni presentada como un proyecto de resolución. Nosotros la entendemos claramente y con mucho gusto la pondremos a consideración del Comité Ejecutivo si estos son los deseos de la Conferencia.

Sin embargo, aquí existe un problema de orden. Necesitamos aclarar si está retirando su proyecto de resolución el distinguido Delegado de Venezuela o si continuamos considerandolo para que el Presidente lo ponga a votación.

El Dr. VALLADARES (Venezuela): Yo creo que es claro. El Sr. Director ha dicho que con mucho gusto el pasaría esto al Comité Ejecutivo si la Conferencia demuestra este deseo. Yo quisiera que la Conferencia buscara otra manera más simple de mostrar el deseo que aprobando la sugerencia del Delegado de los Estados Unidos de América. Porque somos tres nada más los que hemos demostrado el deseo. No es el resto de la Conferencia. Yo me acojo a la sugerencia. Yo no retiro la proposición; la dejo para que sea considerada en el Comité Ejecutivo si eso es lo que resuelve la Conferencia.

El Dr. ACUÑA (Director): En vista de que usted, señor Presidente, pondrá a votación el proyecto de resolución, yo quisiera mencionar lo siguiente. El

uso de los fondos para apoyo de programas que se han denominado comunmente "overhead" está incluido en el Tema 37 de la agenda de esta tarde, o de mañana si ustedes así lo deciden. Nosotros consideramos que la discusión sobre ese punto podría hacerse en ese momento.

Sin embargo, en vista de que el Delegado de Venezuela ha introducido su proyecto de resolución, quiero mencionar, en primer lugar, los dividendos de los fondos depositados en las cuentas de la OPS a los cuales se refirió el señor Muldoon. En el Informe Financiero del Director aparece claramente en la página 13. Igualmente, en la página 4, inciso 2.b, del Programa y Presupuesto aparece la cantidad de \$700,000 invertidos por ese concepto para financiar el programa y presupuesto, deduciendo esa parte de las aportaciones de los Gobiernos.

Sin embargo, yo quisiera explicar algo con respecto al "overhead" que se carga al Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo que, junto con el Fondo para Actividades de Población de las Naciones Unidas y el UNICEF, son las fuentes más grandes de fondos para los Gobiernos mismos. En estos casos, el "overhead" está establecido por las Naciones Unidas en un 14%, y este 14% no viene a la OPS sino que es retenido directamente por la OMS, quien lo maneja conforme a los reglamentos financieros de la OMS.

El "overhead", entonces, que sería materia de este proyecto de resolución del Delegado de Venezuela, es el aporte recibido de agencias bilaterales como la AID de los Estados Unidos de América, CIDA del Canadá, fundaciones como la Kellogg, etc. Nosotros hemos estado negociando, y el mero hecho de tratar de obtener estos fondos para apoyo a los programas de los Gobiernos significa gastos a la Organización. En forma repetida los Cuerpos Directivos, o por lo menos los delegados en los Cuerpos Directivos, nos han informado que sus Gobiernos no están dispuestos a votar en favor del incremento del presupuesto regular de la OPS para gastos de administración. Ahora bien, nosotros no podemos manejar, como de hecho lo estamos haciendo, \$50 millones más que en los cuatro años pasados sin incrementar en cierta medida los gastos de administración que son la mayor parte del "overhead". No estamos incluyendo, obviamente, los gastos en que incurre el tiempo del Director y el de los funcionarios de alto nivel de la Sece, que se dedican a estas actividades para obtener fondos extrapresupuestarios. De tal manera, yo me sentía en la obligación de presentar a ustedes estos argumentos para que una vez que ustedes los hayan conocido, tengan a bien votar como crean más conveniente con respecto a este proyecto de resolución.

El Dr. VALLADARES (Venezuela): Yo quiero pedir excusas por el tiempo que estamos invirtiendo en esto, no que hemos estado perdiendo sino invirtiendo. En vista de que yo no creo que realmente la situación esté como para una votación que implica el contenido de esta resolución, la

Delegación de Venezuela se propone presentar este proyecto de resolución al Comité Ejecutivo y por lo tanto la retira en este momento de la Conferencia.

Decision: The proposed resolution was withdrawn.

Decisión: Se retira el proyecto de resolución.

Item 33: Selection of Two Governments, each to Designate a Person to Serve on the Joint Coordinating Board of the WHO Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases (conclusion)

Tema 33: Selección de dos Gobiernos, cada uno de los cuales designará una persona para integrar la Junta Mixta de Coordinación del Programa Especial de la OMS sobre Investigación y Adiestramiento en Enfermedades Tropicales (conclusión)

El RELATOR: El proyecto de resolución sobre el tema dice así:

"THE XX PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Considering that the composition of the Joint Coordinating Board of the WHO Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases is to include twelve members selected by the Regional Committees of WHO from among those countries directly affected by the diseases dealt with by the Special Programme, or from among those providing technical or scientific support to the Special Programme, and that two of them must be selected by the Regional Committee for the Americas; and

In view of the outcome of the vote taken on the matter,

RESOLVES:

To select Brazil and Venezuela each to designate a representative to serve as member of the Joint Coordinating Board of the WHO Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases."

"LA XX CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Considerando que para integrar la Junta Mixta de Coordinación del Programa Especial de la OMS sobre Investigación y Adiestramiento en Enfermedades Tropicales los Comités Regionales de la OMS deben seleccionar doce miembros entre los países directamente afectados por las enfermedades de que se ocupa el Programa Especial, o entre los países que facilitan apoyo técnico o científico a dicho Programa, y que dos de ellos deben ser seleccionados por el Comité Regional para las Américas, y

Vistos los resultados de la votación realizada al efecto,

RESUELVE:

Seleccionar a Brasil y Venezuela, cada uno de los cuales designará un representante para integrar la Junta Mixta de Coordinación del Programa Especial de la OMS sobre Investigación y Adiestramiento en Enfermedades Tropicales".

Decision: The proposed resolution was unanimously approved.  
Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución.

Item 34: The Implication of Dengue Fever to the Health and Economies of the Countries of the Region (conclusion)  
Tema 34: Las repercusiones del dengue en la salud y la economía de los países de la Región (conclusión)

El RELATOR: El proyecto de resolución sobre el tema dice así:

"THE XX PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Having studied the report of the Working Group on Dengue Fever in the Caribbean, which met in Montego Bay, Jamaica, in May 1978;

Taking into account the present situation of the Aedes aegypti eradication program in the Americas and the serious problems of reinfestation faced by many countries;

Considering the extensive epidemic of dengue fever in 1977 and 1978 following the introduction of a new serotype and the serious threat of hemorrhagic dengue in the Caribbean;

Concerned about the presence of jungle yellow fever in areas of the Continent adjacent to those heavily infested with Aedes aegypti, and the imminent threat this poses of urban yellow fever; and

Bearing in mind that the decision adopted by the Directing Council in 1947 at its First Meeting (Resolution CD1.1) and Resolution XVI of the XXV Meeting of the Directing Council are still in force,

RESOLVES:

1. To maintain the present policy of eradication and to reaffirm the recommendations of the XVII Pan American Sanitary Conference that the Governments of the countries still infested by the vector take the necessary measures to overcome any administrative difficulties that may be hampering the progress of their campaigns, and that they give the highest priority to provision of the funds, personnel and supplies needed to complete these campaigns as soon as possible.

2. To request the Director to convene a Working Group consisting of representatives from the countries of the Region to prepare a regional plan for the phased eradication of Aedes aegypti and to recommend to the countries that they allocate adequate resources for the support of Aedes aegypti eradication programs which, if effectively carried out, will prevent epidemics of dengue and yellow fever and alleviate the need for expensive emergency measures.

3. To recommend the strengthening of clinical, epidemiological and laboratory surveillance of dengue and yellow fever and the designation of national collaborating centers for such surveillance through agreements between the Governments in the endemic zone and PAHO, so that they may warn promptly of the imminence of epidemics.

4. To request the Director to develop a basic manual providing step-by-step guidelines for dealing with vector control emergencies, including ground and aerial application of insecticides.

5. To request the Director to give, to the extent of the available means, all necessary assistance to national Aedes aegypti eradication programs.

6. To recommend that the Proposed Programs and Budgets of PAHO include specific allocations of funds for providing assistance to campaigns for the eradication of Aedes aegypti and for the prevention and control of the diseases transmitted by this vector.

7. To request the Director to promote the availability of stocks of high quality yellow fever vaccines in sufficient quantity to cope with any emergency."

"LA XX CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo estudiado el informe del Grupo de Trabajo sobre la Fiebre del Dengue en el Caribe reunido en Montego Bay, Jamaica, en mayo de 1978;

Teniendo en cuenta la situación actual del programa de erradicación del Aedes aegypti en las Américas y los graves problemas de reinfestación que afrontan numerosos países;

Considerando la extensa epidemia de fiebre del dengue en 1977 y en 1978 después de la introducción de un nuevo serotipo y la grave amenaza de dengue hemorrágico en el Caribe;

Preocupada por la presencia de fiebre amarilla selvática en zonas del Continente contiguas a otras intensamente infestadas con Aedes aegypti y la inminente amenaza de fiebre amarilla urbana, y

Teniendo presente que sigue en vigor la decisión tomada por el Consejo Directivo en 1947, en su I Reunión (Resolución CD.1.1), así como la Resolución XVI, aprobada por el Consejo en su XXV Reunión,

## RESUELVE:

1. Mantener la actual política de erradicación y reiterar las recomendaciones de la XVII Conferencia Sanitaria Panamericana a los Gobiernos de los países todavía infestados por el vector, en el sentido de que adopten las medidas necesarias para subsanar las dificultades de orden administrativo que puedan estar impidiendo el progreso de las campañas y que concedan máxima prioridad a la provisión de fondos, personal y materiales a fin de completar cuanto antes dichas campañas.
2. Recomendar al Director que reúna a un grupo de trabajo formado por representantes de los países de la Región para preparar un plan regional de erradicación gradual de Aedes aegypti y recomendar a los países que destinen recursos suficientes para apoyar los programas de erradicación de Aedes aegypti que, si se llevan a cabo eficazmente, impedirán epidemias de dengue y de fiebre amarilla y reducirán la necesidad de adoptar onerosas medidas de emergencia.
3. Recomendar el fortalecimiento de la vigilancia clínica, epidemiológica y de laboratorio del dengue y de la fiebre amarilla, y la designación de centros nacionales colaboradores de dicha vigilancia, por medio de acuerdos entre los Gobiernos de la zona endémica y la OPS, para que se pueda advertir rápidamente la inminencia de brotes epidémicos.
4. Pedir al Director que prepare un manual básico con instrucciones sobre la manera de hacer frente a situaciones de emergencia en relación con el control de vectores, incluyendo la aplicación de insecticidas sobre el terreno y desde aviones.
5. Pedir al Director que, en la medida que permitan los medios disponibles, preste toda la ayuda necesaria a los programas nacionales de erradicación de Aedes aegypti.
6. Recomendar que en los Proyectos de Programa y Presupuesto de la OPS se asignen específicamente fondos para prestar ayuda a las campañas de erradicación de Aedes aegypti y de prevención y lucha contra las enfermedades que transmite.
7. Pedir al Director que promueva la disponibilidad de vacunas de alta calidad en cantidad suficiente para hacer frente a cualquier emergencia".

Dr. CHARLES (Bahamas): I have three suggestions to make with respect to this draft resolution.

In the first line of the operative paragraph 1, I would suggest insertion of the words "Aedes aegypti" after "eradication" to maintain the present policy of eradication of Aedes aegypti.

The fourth line of paragraph 1 should read: "...to overcome any administrative and financial difficulties that may be...."

I also have a suggestion relating to operative paragraph 4.

In the course of the debate on the subject at the 78th Meeting of the Executive Committee, it was pointed out that financial constraints have been an important part in the deterioration or lack of progress in this eradication program in many of the territories of the English-speaking Caribbean. In operative paragraph 4, the Conference requests the Director to provide step-by-step guidelines for dealing with vector control emergencies. Not only emergencies. I think that there is need for revamping the whole strategy, the whole technique for control of Aedes aegypti. I would therefore suggest amending this particular line to read: "providing step-by-step guidelines for dealing with vector control, including emergency measures." I will submit these suggestions in writing.

Dr. MOODY (Jamaica): I should like to take up Dr. Charles' last point first. We are asking the Director to provide a manual for routine programs, but we already have a manual; that manual needs to be updated and a new manual provided for emergency measures. We do not have one for emergency control, but we do have one for the routine programs. I would like my point to be reflected in the paragraph.

El Dr. CHIRIBOGA (Estados Unidos de América): Esta Delegación se ve obligada a votar en contra de la resolución que establecería un programa de erradicación no voluntaria. Creemos que dadas las condiciones financieras y de la infraestructura de algunos países, la resolución sería una que no se podría poner en práctica al mismo tiempo y con el mismo énfasis en todas partes, principio básico con el que trabaja la erradicación para una región.

Podría suceder que esperando en la implementación de un programa de erradicación se pudieran descuidar medidas de control, tales como una vigilancia epidemiológica, controles específicos en casos de epidemia, control periódico de la eficacia de insecticidas, educación general, medidas ambientales, etc. Todas estas medidas fundamentales son necesarias mientras el dengue esté presente en este Hemisferio. Creemos que tendría que ponerse la responsabilidad en manos de cada gobierno quienes, con la ayuda técnica de la OPS encontrarían la mejor forma de cubrir sus necesidades en cada caso particular.

En relación con el inciso 6 de esta resolución, nos gustaría que el Dr. Acuña clarifique si esta medida reduciría fondos para un país en beneficio de otro.

El Dr. ACUÑA (Director): La pregunta que me hace el Delegado de los Estados Unidos de América es bien difícil obviamente. En este momento que ustedes acaban de aprobar el programa y presupuesto para 1979, sí tendría que reducir algunos de los proyectos que están enumerados o algunas de las actividades en el programa y presupuesto para 1979. Sin embargo,



habría la posibilidad de que a medio año o al final, por lo menos seis meses después de hacerse efectivo el presupuesto, pudiéramos haber efectuado algún ahorro para incrementar las actividades en este campo, si es que ustedes así desean.

Sin embargo, quiero recordar a ustedes que el Comité Ejecutivo ya nos ha hecho recomendaciones precisas para ayudar, por ejemplo, a la Universidad de las Indias Occidentales, para que incrementemos o pongamos en ejecución un programa más amplio de control de la hipertensión, el cual, desafortunadamente hasta este momento no hemos podido iniciar. Naturalmente entre las sugerencias o recomendaciones hechas, aunque no sea en forma de resolución por la Conferencia en su plenaria y en la Comisión II, obviamente deben haber algunas que también nosotros recojeremos, con objeto de ir enfocando aquellos ahorros que podamos hacer hacia el mejoramiento de actividades en campos que la misma Conferencia, aunque no en grupo, está recomendando.

En otras palabras, Ingeniero Chiriboga, en este momento para hacer algún ajuste al programa y presupuesto que ustedes acaban de aprobar, habría necesariamente que reducir algún rubro en beneficio del Aedes aegypti. Posiblemente habría modo de incrementar aportaciones para el Aedes aegypti a mediados del año próximo.

Dr. MOODY (Jamaica): The regional program which we are discussing recognizes that many countries found difficulty in getting a firm commitment from their Governments to an eradication program. Many countries felt that it would be much easier to get the commitment if PAHO had prepared a phased eradication program for the Region in which each country could see itself sitting with every other country of the Region.

El Dr. ACUÑA (Director): En vista de que este proyecto de resolución se va a poner a votación, quisiera hacer una muy pequeña observación, en español unicamente, en la última línea del inciso 4. En lugar de aviones, quizá ustedes quisieran considerar aeronaves, puesto que ahí se usan más helicópteros, que no son precisamente aviones.

Otro punto que olvidé mencionar en mi respuesta al Ingeniero Chiriboga es que las actividades relacionadas con las situaciones de emergencia que han ocurrido en estos dos últimos años, a las que la OPS ha tenido que hacer frente, se han llevado a cabo precisamente con ahorros obtenidos de algunos otros programas, tales como puestos no llenados en el curso del año, consultorías no requeridas o no solicitadas. Estos ahorros nos han permitido acudir, sobre todo en el área del Caribe, en apoyo de algunos Gobiernos quienes nos han pedido cooperación con urgencia.

The PRESIDENT: I now ask the Rapporteur to read the resolution, taking into consideration the amendments proposed by Dr. Charles.

El RELATOR: Daré lectura a las enmiendas sugeridas. El párrafo 1 resolutivo línea 1, leeremos la enmienda en inglés. En el párrafo 1, línea 1, a continuación de "To maintain the present policy of eradication", añádase "of Aedes aegypti". En el mismo párrafo, línea 4, a continuación de donde dice: "administrative" añádase "financial" de modo que se lea: "to overcome any administrative and financial difficulties...." En el párrafo 4, línea 3, añádase, después de "application of insecticide", "and update the existing manual for control of Aedes aegypti". Estas son las propuestas.

El Sr. CHIRIBOGA (Estados Unidos de América): Quisiéramos que se votara esta resolución.

The PRESIDENT: I take it that the amendments have been accepted. Since there is no objection, I put the resolution as amended to the vote. Those in favor, please raise your hands. Twenty in favor. Those against: one. Any abstentions: three. The resolution is adopted.

Decision: The proposed resolution as amended was approved by 20 votes in favor, 1 against, and 3 abstentions.

Decisión: Se aprueba el proyecto de resolución tal como estaba enmendado por 20 votos en favor, 1 en contra y 3 abstenciones.

Item 39: Observers from Subregional Governmental Organizations (conclusion)  
Tema 39: Observadores de organizaciones subregionales gubernamentales (conclusión)

El RELATOR: El proyecto de resolución sobre el tema dice así:

"THE XX PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Having been informed of the request presented by the organization sponsored by the Hipólito Unanue Agreement that it be permitted to designate a representative to attend the meetings of the Governing Bodies of the Organization as an observer;

Considering that decisions on requests of this kind are the prerogative of the Conference or the Directing Council, as stipulated in Article 26 of the Constitution of the Pan American Health Organization; and

Noting Resolution XXVIII of the 80th Meeting of the Executive Committee,

RESOLVES:

1. To approve the request presented by the organization sponsored by the Hipólito Unanue Agreement that it be permitted to designate a representative to attend the meetings of the Directing Council or the Pan American Sanitary Conference as an observer.

2. To request the Director to transmit this decision to the Hipólito Unanue Agreement."

"LA XX CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Enterada de la solicitud presentada por la organización auspiciada por el Convenio Hipólito Unanue para que se le permita designar a un representante en calidad de observador ante las reuniones de los Cuerpos Directivos de la Organización;

Considerando que la decisión sobre solicitudes de esa naturaleza corresponde a la Conferencia o al Consejo Directivo, según lo dispuesto en el Artículo 26 de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud, y

Tomando nota de la Resolución XXVIII de la 80a Reunión del Comité Ejecutivo,

## RESUELVE:

1. Aprobar la solicitud presentada por la organización auspiciada por el Convenio Hipólito Unanue para que se le permita designar a un representante en calidad de observador ante las reuniones del Consejo Directivo o la Conferencia Sanitaria Panamericana.

2. Pedir al Director que transmita esta decisión al Convenio Hipólito Unanue".

Decision: The proposed resolution was unanimously approved.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución.

Item 20: Resolutions of the Thirty-first World Health Assembly of Interest to the Regional Committee of WHO for the Americas (conclusion)

Tema 20: Resoluciones de la 31a Asamblea Mundial de la Salud de interés para el Comité Regional de la OMS para las Américas (conclusión)

El RELATOR: El proyecto de resolución sobre el tema dice así:

"THE XX PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Having examined the resolutions of the Thirty-first World Health Assembly which the Director of the Pan American Sanitary Bureau has brought to the attention of the Conference as Regional Committee of the World Health Organization for the Americas (Document CSP20/5); and

Apprised by the Director of the activities being carried out in the Region in the various fields,

## RESOLVES:

To take note of the resolutions of the Thirty-first World Health Assembly contained in Document CSP20/5."

"LA XX CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado las resoluciones de la 31a Asamblea Mundial de la Salud que el Director ha señalado a la atención de la Conferencia en su calidad de Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas (Documento CSP20/5); y

Enterada por el Director de las actividades que se llevan a cabo en la Región en los diversos campos,

RESUELVE:

Tomar nota de las resoluciones de la 31a Asamblea Mundial de la Salud consignadas en el Documento CSP20/5".

The PRESIDENT: Any comments? If there are no comments, the resolution is adopted.

Decision: The proposed resolution was unanimously approved.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución.

The session was suspended at 4:05 p.m. and resumed at 4:20 p.m.  
Se suspende la sesión a las 4:05 p.m. y se reanuda a las 4:20 p.m.

Dr. John H. Bryant took the Chair.

El Dr. John H. Bryant pasó a ocupar la Presidencia.

- ITEM 27: REPORT ON AMENDMENTS TO THE STAFF RULES OF THE PAN AMERICAN  
SANITARY BUREAU  
TEMA 27: INFORME SOBRE ENMIENDAS AL REGLAMENTO DEL PERSONAL DE LA  
OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

El Dr. ORTEGA (OSP): Deseo presentar el Documento CSP20/8. De acuerdo con los reglamentos pertinentes, el Director presentó a la 80a Reunión del Comité Ejecutivo enmiendas al Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana.

El Comité aprobó lo propuesto por el Director, sugiriendo algunos cambios de traducción en el texto de la versión en español, los cuales han sido incorporados en el documento en referencia. Cabe notar que ninguna acción es requerida por parte de esta Conferencia y, por consiguiente, la presentación que estoy haciendo es únicamente de carácter informativo.

En el curso de los años se han venido introduciendo modificaciones en el Reglamento del Personal para ajustarlo a las nuevas circunstancias y a las mejoras otorgadas al personal en todo el Sistema de las Naciones Unidas. Por estos motivos y con la colaboración de la Organización Mundial de la Salud, se ha procedido a una revisión completa del Reglamento del Personal.

Las modificaciones al Reglamento del Personal contenidas en el Documento CSP20/8 se basan en este análisis y representan el primer intento, desde 1954, de actualizar en su totalidad las disposiciones del Reglamento. Como la revisión abarcó todo el Reglamento, hemos adjuntado a este documento el texto completo

de las Enmiendas al Reglamento del Personal con las explicaciones de los cambios. La presente revisión no tiene ningún tipo de consecuencia financiera.

Me refiero ahora al adendum del Documento CSP20/8, el cual fue preparado como resultado de decisiones adoptadas por el Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud en su 72a Reunión el 26 de mayo de 1978, para introducir ciertas modificaciones al sistema de reajuste por lugar de destino.

En el estudio de los aspectos técnicos del sistema de reajuste por lugar de destino, la Comisión de Administración Pública Internacional recomendó a la Asamblea General de las Naciones Unidas que, con efecto a partir del 1 de julio de 1978, se revise el sistema de reajustes por lugar de destino, a fin de que los cambios de clase se basen en movimientos del índice de 5% y no de 5 puntos. Esto significa que los cambios se basarán en movimientos del índice de 5% en relación con la clase precedente y no como se ha hecho hasta ahora en movimientos de 5 puntos en relación a la base 100.

La Asamblea General de las Naciones Unidas y posteriormente el Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud, aceptaron las recomendaciones de la Comisión de Administración Pública Internacional. Señor Presidente, así completo la presentación e información sobre este tema.

The PRESIDENT: Are there any comments? As I understand it, no action on this item is required by the Conference. The floor is, however, now open to comments.

El Dr. VALLADARES (Venezuela): La Delegación de Venezuela intervino muy activamente cuando se trató este tema del Reglamento del Personal en el Comité Ejecutivo de junio pasado.

Nosotros consideramos que una oficina y un secretariado llamado a asesorar y orientar a un alto nivel como es la OPS debe disponer de un personal de máxima calidad, seleccionado y manejado de acuerdo a los estatutos del Reglamento del Personal y tratado con respeto, aprecio y estima.

Para crear y mantener una actitud positiva de todo el personal, es conveniente y necesario establecer una comunicación amplia con ese personal, y evitar que las posibles tensiones que son inevitables en cualquier organización se acumulen y aumenten progresivamente. Esta advertencia la dijimos hace menos de 90 días ante el Comité Ejecutivo, pero vemos que las tensiones aumentaron hasta llegar a la circulación de una carta dirigida a los Ministros de Salud con la firma del Presidente de la Asociación del Personal.

El haber llegado a este extremo es un hecho lamentable para todos pero creemos que es la consecuencia de un largo proceso, no hábilmente manejado, en el cual difícilmente se podría decir que los únicos que no tienen la razón son los funcionarios.

El Dr. ACUÑA (Director): Consta en las actas, que seguramente ustedes ya han visto, que en la tercera sesión plenaria se suplicó en diferentes ocasiones que el asunto que está siendo tratado por el honorable Delegado de Venezuela debería de ser discutido en sesión privada. Así lo hicieron los Jefes de Delegación.

Yo no veo qué tiene que ver lo que está ahora trayendo a luz el honorable Delegado de Venezuela con las modificaciones al Reglamento del Personal que han sido ya adoptadas por el Comité Ejecutivo, y que son dadas a conocer a la Conferencia solamente con carácter informativo. Yo le suplicaría al honorable Delegado de Venezuela que tomara en cuenta las sugerencias hechas en dicha sesión plenaria por el Ministro de Salud de Trinidad y Tabago, y que tomara en cuenta además que en sesión privada se discutieron esas acusaciones y la carta que usted menciona. En lo que al Director respecta, ese asunto está terminado. Sin embargo, el señor Delegado de Venezuela tiene la palabra.

El Dr. VALLADARES (Venezuela): La Delegación de Venezuela no quiere traer de nuevo asuntos que han sido cancelados en la reunión privada de los Ministros y Jefes de Delegación. Queríamos sin embargo mencionar estos asuntos por dos razones: primero, porque no queríamos pasar como mentirosos; segundo, porque queremos apoyar de la manera más enfática las palabras del honorable Ministro de Trinidad y Tabago, Kamaluddin Mohammed, cuando al felicitar al señor Director por su reelección le solicitó que arreglara en forma pronta y conciliatoria el enfrentamiento con el personal y citó: "There should be no bitterness or victimization."

Quería igualmente dejar en el ánimo de todos los presentes nuestro apoyo a las palabras del Subsecretario de Salubridad de México, Dr. Mario Calles, cuando al felicitar al señor Director, le pedía también que se esmere durante su gestión en cumplir óptimamente con el voto de confianza que le han otorgado los Cuerpos Directivos.

Lamento que en un momento dado se pudiera pensar que nuestra intención era traer de nuevo ese asunto a la consideración de la Mesa. De ninguna manera. Pero queríamos decirlo en el momento en que se estaba leyendo la reforma del Reglamento del Personal, porque no había ningún otro punto de la agenda donde pudiera decirlo. Le agradezco al señor Presidente y al señor Director por no haber mantenido la moción de orden y el haberme dado la posibilidad de dejar bien clara nuestra posición ante esta Asamblea.

ITEM 29: EXTENSION OF HEALTH SERVICES TO THE UNDERSERVED POPULATION IN RURAL AND URBAN AREAS (continuation)

TEMA 29: EXTENSION DE LOS SERVICIOS DE SALUD A LA POBLACION SUBATENDIDA DE LAS ZONAS RURALES Y URBANAS (continuación)

The PRESIDENT: I would simply like to point out at this time that this item was on the Agenda of Committee II earlier, and considerable interest in it was expressed by the distinguished Delegates. There was at that time some discussion, and later it was raised again at Committee II when it was asked that further discussions be held. For that purpose, this item is now open for discussion.

Dr. MOODY (Jamaica): I appreciate this opportunity to say something about the position and concern of the Government of Jamaica in extending health services to underserved populations in rural and urban areas. I do not want at this moment to repeat the present situation in Jamaica with regard to this. It was well described by the Minister of Health and Environmental Control of Jamaica at the IV Special Meeting of Ministers of Health last year, and it was updated last week in his address to this Conference.

At this time I would merely like to mention some of the problems associated with the extension of coverage, many of which have been identified. We have discussed them over and over again, both in the Governing Bodies of PAHO at the International Conference on Primary Health Care held at Alma Ata. What is needed now is to define measures that can be taken to overcome constraints that we all face in this program.

One of our major problems is, of course, finances. Jamaica, as you all know, is presently in economic difficulty. Earlier this year we received a loan from the International Monetary Fund. One of the terms of that loan was a restriction on expenditures for health and other social services. If we consider health as essential for economic development, how do we reconcile this with the policies of IMF and other international funding agencies. We feel that it is necessary for PAHO to bring some influence to bear on these agencies to convince them of the importance of health to national development. We look to PAHO to act as an intermediary to channel finances from those who have to those who are in need.

The second major problem to which I would like to draw attention is appropriate technology. Traditionally, communities have regarded the doctor as the essential and most important person in delivery of health care. We believe that this is no longer true. Many of the services that are necessary in primary health care can be given by auxiliary personnel. In Jamaica, we have introduced two categories of auxiliary personnel at either end of the spectrum: The community health aide at the grass-roots level and the nurse practitioner to assist the doctor.

Ironically, opposition to these categories has been expressed not by persons in the community, who we were told would not accept treatment given by a doctor and who quite readily have accepted the auxiliary personnel, but



by the profession. We feel that it is necessary for PAHO to accept some responsibility in assisting us in our endeavor to change this present orientation toward the doctor as the mighty force in the delivery of primary health care and to gain greater acceptance for the delivery of services by auxiliary personnel.

Part of appropriate technology is the development of manuals that will provide guidelines to help staff. These manuals must meet the needs of all levels and all categories of health staff. The preparation of manuals is a time-consuming and tedious exercise. I would like to suggest that PAHO assist us in this exercise. One possible way of assistance would be the organization of regional workshops to produce skeleton procedural manuals which each country could adapt to suit its own individual needs.

In Jamaica we have commenced this process. As I say, however, it is time-consuming, and it will be a long time before we have all the manuals that we require if we have to start from scratch with every manual that we produce. We would be very happy to share with other countries the manuals that we have produced so far. Likewise, we would be grateful to receive copies of the manuals produced by other countries. This would be in the true spirit of technical cooperation among developing countries. Language is of course a problem. Would it be possible for PAHO to provide translation services for manuals that have a regional application?

Finally, on behalf of my country, I would like to reaffirm our belief that the Conference at Alma Ata is one of the most important milestones in international health to have taken place in this century and to urge that those of us assembled here should make the most of it by strongly reinforcing the declaration of Alma Ata and bringing the recommendations to the attention of the Member Governments. I would request that this XX Pan American Sanitary Conference prepare and adopt a strongly worded resolution to this effect.

Dr. MURRAY (Barbados): I would like to support the request of the Delegate of Jamaica for cooperation from PAHO in the area of manuals and increased support for developing countries. In Barbados we are now embarking on a program of building a number of polyclinics. We have carefully studied the physical facilities that have been provided in Jamaica and have been very interested in their program. I think many other countries in the Region would probably like to know more about those facilities.

We in Barbados also have quite a high standard of health care delivery, but we are now finding it difficult to plan for the maintenance of standards while providing health care services that will cover the entire population. We too are looking at the utilization of paramedical health aides for this purpose. I think PAHO could assist us considerably in this area.

Dr. COSTA (Brasil): A Delegação da Jamaica e a de Barbados acabam de comentar o assunto com uma propriedade enorme no que se refere a quem trabalha com os pés no chão. A Jamaica e Barbados estão na verdade buscando meios e modos de encontrar mecanismos operacionais que façam com que os serviços de

saúde cheguem a todos e a cada um dos habitantes. Claro que estão de acordo com as teorizações no sentido de promover que não se esqueça a extensão dos serviços de saúde. Certamente o que ocorreu em Alma Ata atingiu esse fim, com um documento em que mais uma vez, como no Item 5, se faz uma lista de ações de saúde pública muito parecida com aquelas que já se encontram nos livros clássicos de Smile e Master onde todos nós estudamos aí pela década de 1940.

As Américas, na verdade têm uma experiência já bastante grande no que se refere a como desenvolver mecanismos não ortodoxos para atingir maior contingente da população. Já esta Repartição, nas reuniões de seu pessoal ouviu a faltar que uma dessas maneiras é diminuir o número de programas para aumentar a cobertura, isto é, simplificar as ações para aumentar a cobertura, pela razão muito simples de que não é possível dar tudo a todos. A tecnologia de promoção, proteção e recuperação da saúde hoje em dia é tremendamente ampla e tremendamente custosa. É impossível ser dada a todos. O pronunciamento do Diretor-Geral da Organização Mundial da Saúde, em 1977, reafirma claramente esse fato. Dizer que o atendimento primário deve incluir educação sobre problemas de saúde, métodos de identificar e controlar epidemias, promoção de alimentos em maior quantidade, nutrição apropriada, abastecimento de água potável e outras coisas dessa natureza não nos leva a muito se pensarmos que essas ações serão todas tomadas em nível altamente sofisticado. Elas terão que ser simplificadas. Concessões técnicas terão que ser feitas. Pareceria--se esta Conferência me permite--que estamos algo envergonhados e temos de dizer que é necessário prestar serviços de qualidade mais baixa. Mas são esses os serviços que podem ser prestados com os recursos financeiros, humanos e materiais, de que se dispõe.

Assim, as recomendações da Delegação da Jamaica e de Barbados são muito naturais e dessa forma parecem ao Sr. Diretor. A experiência não é nova para as Américas. Está aí o programa já bastante antigo da Venezuela, bem como outros programas do Peru, do Equador, do Nordeste do Brasil e já era o momento de mostrar-se que também sem Alma Ata há muita coisa que pode ser divulgada como meios novos e novos mecanismos de estender serviços de saúde à população, atendendo ao apelo do Diretor-Geral, Dr. Halfdan Mahler, o qual espera que pelo ano 2000 todos e cada um tenham acesso a serviços de saúde. E não creio que ele quisesse dizer serviços sofisticados de saúde.

El Dr. AGUIAR (Uruguay): La importancia de este tema nos exige hacer un pequeño comentario, sobre todo después de haber escuchado las exposiciones realizadas por los Delegados de Jamaica y Barbados, entre otros.

La importancia del tema es incuestionable tanto en lo nacional como en lo internacional, como se ha señalado acá en referencia a la Declaración de Alma Ata. Pero es bien cierto también que este tema, preocupación de todos los países, tiene connotaciones y problemas bastante visibles. Estos varían según los diferentes países y sus diferentes realidades no sólo en cuanto a distribución territorial, distribución de población rural y recursos, sino también en cuanto al tipo de atención médica que cubre los distintos sectores

del país. En nuestro país, el Uruguay, la atención médica es totalmente institucional y en consecuencia, vivimos una realidad que quisiéramos transmitir a ustedes muy brevemente.

Dado que la atención médica es institucional, la preocupación de nuestro país tal como lo señalábamos en el Informe que hicieramos ante esta XX Conferencia Sanitaria Panamericana, ha sido llevar al medio rural médicos capacitados en un curso de posgrado breve, para prestar atención en las zonas rurales. Esa capacitación se ha hecho en el Uruguay por medio de un convenio entre la Facultad de Medicina y el Ministerio de Salud, y ya se encuentran radicados en distintas zonas del país el primer grupo de egresados del curso de médicos rurales.

Hay problemas que derivan de esta radicación de médicos jóvenes en zonas alejadas. No solo está el problema de su capacitación, sino también el problema de su evolución, evitando el estancamiento de esos médicos y tratando de lograr y contemplar sus lógicas aspiraciones.

La regionalización de la atención médica debe incluir indudablemente esos aspectos. Estamos entusiasmados en el Uruguay con este programa, y pensamos que en el curso de muy pocos años podamos llevar a la totalidad de las zonas rurales no solo médicos, sino médicos capacitados como una nueva especialidad en atención rural. Queremos señalar que esta es una excelente experiencia que puede ser recogida y promovida por la OPS. Esto llevaría a la utilización, en aquellos casos en donde se considere factible, de médicos rurales que facilitarían el desarrollo de programas de salud en el seno de las poblaciones rurales.

Le Dr Jeanne BROUELLE (France): Merci M. le Président. Je crois que si nous voulons être constructifs, il faut que nous restions réalistes. Il est évident que nous observons tous des différences considérables entre les objectifs que nous poursuivons et les possibilités qu'offre la réalité. Il existe des zones défavorisées qui le resteront pendant très longtemps; je doute personnellement qu'en 1980, on puisse réaliser pleinement l'objectif d'étendre les services de santé à tous; mais nous pouvons au moins viser un minimum et nous ne devrions pas avoir peur de dire que c'est ce minimum que nous cherchons à atteindre. D'autre part, nous pouvons entreprendre de réduire graduellement les inégalités jusqu'au moment où elles seront supprimées. Je voudrais, après ces considérations beaucoup trop générales, me référer à quelques points qui sont soulignés dans les rapports et qui ont été repris par plusieurs délégués.

En premier lieu, je veux parler de la médecine traditionnelle. Pour augmenter les ressources, on a tendance à faire appel à la médecine traditionnelle; nous sommes tout à fait convaincus que l'on n'a pas su tirer profit de toutes les ressources éventuelles qu'offre la médecine traditionnelle en raison d'une attitude trop technocratique et d'une tendance à opposer la technique à des connaissances qui si peut-être elles

ont été transmises de manière empirique, ont parfois fait leur preuve néanmoins. En outre, on n'a pas toujours tenu compte des réactions de la population et ce, à tort. Malgré tout, le contraire d'une erreur pouvant être une autre erreur, il ne s'agit pas simplement de prendre le contre-pied d'une manière systématique et de vouloir, pour gagner du terrain et couvrir davantage de population, avoir recours trop systématiquement à la médecine traditionnelle. Il s'agit de faire un choix; donc des études parfois très difficiles doivent être menées parce qu'il y a des cas où ceux qui sont les protagonistes de la médecine traditionnelle s'y opposent et veulent garder leur isolement, leur mystère; c'est même parfois une de leur raison d'être. Dans ces conditions tout en adhérant pleinement au principe général, il nous semble qu'il doit être assorti d'un certain nombre de considérations et de précautions pour que le recours à la médecine traditionnelle ne contribue pas au maintien d'une situation difficile, nuisible pour les habitants.

En deuxième lieu, je voudrais faire des remarques sur les auxiliaires. Nous sommes tous amenés, dans des zones extrêmement défavorisées et isolées, à faire appel à un personnel qui n'a pas reçu la formation technique que l'on acquiert normalement dans les écoles. On utilise donc les gens disponibles à qui l'on donne une certaine formation, voire même tout simplement quelques instructions. Alors que l'on est obligé de procéder ainsi, on devrait peut-être penser également à l'avancement et à la promotion de ce personnel, car il est bien évident qu'au bout d'un certain temps, ce personnel est supplanté par l'arrivée d'effectifs mieux formés et l'on a tout simplement tendance à le remplacer. C'est là une mauvaise politique, car le remplacement de ce personnel engendre des situations désastreuses, crée des tensions entre les membres du personnel et des conflits; la population elle-même est très mécontente d'avoir à abandonner les personnes qu'elle connaît qui lui a rendu service. Par ailleurs, pour ce personnel lui-même, une telle action est nocive, car il est rejeté une fois que ses services ont été utilisés. Aussi, quand on a recours à un personnel auxiliaire, il s'avère indispensable que soient prévues sa promotion et sa formation de base et technique d'une façon continue et répétée afin que la relève ne soit pas trop difficile.

En troisième lieu, je voudrais faire remarquer qu'à côté des ressources qui doivent être exploitées, il est indispensable que soient développées aussi les méthodes, car bien souvent le manque de méthodes empêche la mise à profit complète des ressources existantes. Nous pouvons tous noter dans les régions défavorisées, un personnel trop statique, attaché à un dispensaire et ne se déplaçant pas; il n'est pas suffisamment mobile pour aller au devant des populations. Il y a d'autres méthodes qui peuvent contribuer à tirer le plus grand parti de ce qui existe et non pas de ce qui devrait exister. Aussi j'estime qu'avant tout, ces méthodes méritent que nous y prêtions réflexion.

Dr. CHARLES (Executive Committee): I would like to endorse the point made by Dr. Moody of Jamaica of the need to bring the final report of the International Conference on Primary Care, held at Alma Ata, to the attention of the Member Governments, particularly those Governments in the Caribbean whose emerging status virtually precluded their participation in that Conference. PAHO ought to assume the responsibility for ensuring that those Governments receive one or two copies of that report. Otherwise the first opportunity that they will have of being fully informed of the results of that Conference would be at the next Conference of Ministers responsible for Health in the Caribbean, in July 1979. That much of a delay could be a disadvantage, especially to the territories that are on the verge of attaining full independence.

Whereas I would endorse the appeal made by Dr. Moody to PAHO for assistance in the development of manuals suitable for training and for outlining strategy and kinds of action of the various categories of personnel other than professionals, I am unable to identify the assistance which PAHO could be expected to provide in the real education, in the "brainwashing," of some members of our present allied health personnel groups. As it stands, their interests in some instances appear to be more in the entrenchment of their particular groups within the general framework of health personnel rather than in maintaining an open mind to developments that have emerged, with some success, in many other territories of the Caribbean. Under those circumstances the onus must fall on the national authorities to educate and expose those individuals to such developments. We refer for example to the successful program of training and utilizing health aides in Jamaica and in some of the other islands of the Caribbean. It might even be necessary in some instances to "brainwash" them, to "use a big stick" to change their minds about this, at least so that they look at new approaches with a more open mind.

I would also like to refer to the remark made on traditional medical workers by the Delegate of France. I believe that the concept of utilizing traditional health workers originated in the African Region around 1972 when we were still in the area of basic health services and before the dawn of the era of primary health care. There the situation is completely different from that which exists in the majority of the Caribbean islands. The prime factor stimulating interest in considering the integration of traditional medical workers in Africa was the fact that in every community and in every village there was at least one or more such persons who in their own way had already gained the confidence of the population. Since it was almost impossible to envisage in the near future the practicability of placing a modern medical worker in each community, the idea there was to endeavor to make use of the practitioners already existing by giving them some orientation and training so that advantage could be taken of their numbers. In the Americas, I must say that my personal attitude corresponds to that of the Delegate of France in that I am somewhat skeptical of the practicability of integrating traditional health practitioners into the framework of national health services, with the one exception of the untrained local midwives who can be used to advantage if they are brought to a center for three to five weeks training in some of the basic elements of cleanliness, proper management, delivery, and postnatal, maternal and child health care.

El Dr. EGAS CEVALLOS (Ecuador): Me voy a permitir hacer un breve comentario sobre este tema apasionante que ha concitado la atención de los países en forma muy frecuente desde hace más de dos años.

Quisiera comenzar, señor Presidente, destacando un hecho. Los Ministros de Salud de las Américas reunidos en Santiago, el año 1972, firmaron un Plan Decenal en el cual se comprometían, en esta década, a la consecución de metas concretas, de metas específicas, especialmente de extensión de cobertura. Cuando hacían énfasis en algunos actos relacionados con atención primaria, era el despertar de una acción continental irradiada por los países con la coordinación de la OPS.

Esta acción ha dado como consecuencia práctica que los países tengan que realizar una serie de adecuaciones, una serie de decisiones de carácter político u organizativo de sus propios ministerios, con el objeto de poder hacer frente al reto que significaba la recuperación de una buena cantidad de situaciones muy graves en el aspecto de salud.

Todas las ocho preguntas realizadas por el Dr. Mahler en Alma Ata significan un nuevo reto. Pero este nuevo reto no es sino una reiteración de la posición que ha venido manteniendo la OPS y los países de las Américas a través del Plan Decenal de Salud. Yo considero, señor Presidente, que nuestros países van a poder hacer frente y van a poder responder a esas preguntas; pero también habrá que manifestar otro hecho y otra preocupación: el poder llegar a la consecución de las metas propuestas hasta el año 2000 va a significar para la OMS la realización de una serie de cambios de carácter estructural, de carácter organizativo que nos permitan enfrentar con acierto la solución de los problemas planteados.

Yo pienso también que en la OPS habrá necesidad de realizar un estudio sobre los aspectos organizativos y presupuestarios, entre otros, con el propósito de poder enfrentar con éxito y poder responder con acierto a las preguntas planteadas. Será necesario, por ejemplo, que se incrementen los recursos asignados para investigación, por ejemplo, en áreas de tecnología para atención primaria y en áreas relacionadas con participación de la comunidad.

Tenemos que reconocer que actualmente disponen muy pocos o escasos recursos en el presupuesto de la OPS. Apenas \$325,000 en un caso y se han fijado \$150,000 en otro. Esto nos parece que sean cantidades adecuadas como para poder dar la respuesta positiva que requiere el Dr. Mahler y que requieren los países y las comunidades a las cuales estamos sirviendo.

Deberá ser, entonces, una preocupación concreta el realizar los incrementos presupuestarios necesarios en este campo y posibilitar que los países, coordinados y asistidos técnicamente por la OPS, podamos llegar a la consecución de nuestras metas.

Finalmente quisiera destacar, señor Presidente, que en este aspecto de extensión de cobertura existe una planificación concreta relacionada con la Cooperación Técnica entre Países en Desarrollo formulada por la OPS como resultado de la Segunda Reunión Especial de Ministros de Salud.

Esta planificación puede responder al más profundo análisis como una concepción clara de lo que esperan y lo que anhelan los países. Por lo mismo me siento orgulloso de ser miembro de la Organización Panamericana de la Salud.

El Dr. CACERES (Paraguay): Con todo respeto a la opinión de la Dra. Moody, creo que el hecho histórico y real para todos nosotros ha sido la Cuarta Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas y no la reunión de Alma Ata.

Creo que la reunión de Alma Ata sí ha sido muy importante, pero nosotros, los americanos, no hemos ido allá a aprender. Creo que numerosos países de América Latina tienen una larga trayectoria, de más de dos décadas en el esfuerzo de hacer extensión de la cobertura de servicios de salud, sobre todo en el área rural. En uno solo de ellos, Honduras, esta experiencia tiene una trayectoria de 6, 7, 8 o aun más años. En Colombia también se está realizando una gran experiencia en relación a la extensión de los servicios de salud al medio rural y a la población urbana subatendida. Vale decir que para mí el hecho histórico fue la decisión política de los Gobiernos representados por los Ministros de Salud de las Américas en la Cuarta Reunión Especial del año pasado.

Existen numerosos factores naturalmente que han limitado de ese proceso. Una limitante fundamental ha sido el aspecto financiero, el económico. De ahí que siempre juzgamos muy importante que los organismos internacionales de crédito participen otorgando créditos "blandos", a largo plazo a los gobiernos para acelerar el proceso de financiamiento de los esfuerzos que éstos están realizando para extender la cobertura. Nosotros acabamos de recibir la aprobación del Banco Interamericano de Desarrollo a nuestra solicitud para el financiamiento a largo plazo del proyecto de extensión de cobertura. Entiendo que en otros países de las Américas se ha seguido el mismo camino.

Señor Presidente, creo que la Cuarta Reunión Especial de Ministros del año pasado ha sido un verdadero hecho histórico. Juzgo además que la participación de la Oficina Sanitaria Panamericana es de gran importancia, sobre todo en el examen de los planes de acción y en la identificación de problemas con los gobiernos que lo soliciten. La Organización debe actuar como un elemento catalizador de los esfuerzos nacionales y de la cooperación técnica internacional para que estos gobiernos logren hacer la extensión de cobertura una realidad.

El Dr. CRUZ (Chile): Nuestra delegación quiere en este momento proponer un aspecto de estrategia, pero primero voy a dar unos antecedentes previos para fundamentarlos.

Creo que tal lo que dijo el Delegado del Paraguay, tiene toda la razón. Nuestro Continente tomó una decisión política muy importante, pero esta decisión política, si no es constantemente apoyada y constantemente estimulada, puede quedar en el papel.

Existen serios obstáculos para el cumplimiento de este propósito de extender la cobertura. Creo que el más importante es un problema de distribución de los recursos financieros, y no tanto un problema de financiamiento

absoluto global. Se necesita una buena dosis de coraje político para redistribuir los recursos y quitárselos al principal obstáculo que tenemos, que son los niveles superiores de los propios sectores de salud. Nuestro principal competidor es el nivel superior de nuestra medicina, aquel nivel que tecnológicamente es atractivo, que cuenta obviamente con el entusiasmo y el apoyo de los promotores de salud, en donde se ven realizados y obtienen la satisfacción intelectual que necesitan, dada su formación. Es el sector que también goza del favor de los dirigentes políticos. Obviamente, un dirigente político va a preferir conseguir un hospital para su provincia, en vez de conseguir unos pequeños policlínicos periféricos. Este nivel terciario, que somos nosotros mismos, pero que compete con nosotros, tiene también el favor del público, porque todavía nuestro público, sobre todo en la ciudad, no se siente atendido sin los médicos.

Es por eso que creo que es muy importante que cuando hablemos de que queremos extender la cobertura "con la estrategia del nivel primario", tendríamos que plantearlo más bien "con la estrategia de niveles de atención y con especial énfasis en el primario". Un nivel primario que no tiene el apoyo de niveles superiores hacia donde referir el caso que lo necesita, es un nivel que al poco tiempo se va a estancar y va a pasarle lo peor, se va a desprestigiar. Estamos tratando de darle prestigio a algo que, por tradición, se la hemos quitado: la atención periférica y los policlínicos, que algunos los consideran un destierro para el médico. Lo peor que podemos hacer es correr el riesgo de que esta estrategia se desprestigie. Por eso creo que es fundamental que en todos los documentos en las resoluciones que vamos a aprobar ahora, hablemos de "la estrategia de niveles de atención con especial énfasis en el nivel primario". Esto inmediatamente nos puede ayudar a sortear el tremendo dilema que los países de menos recursos, o sea cómo los repartimos. Porque es obvio, si los recursos son limitados y queremos estimular el nivel primario, tenemos que frenar o restringir los recursos de nivel superior, y esto crea una resistencia inmediata de todos lados.

Ahora bien, nuestro planteamiento es que si se trata de un sistema, por cada unidad de recurso que asignemos al nivel primario, vamos a tener que destinar algo a los niveles superiores, para que los niveles superiores mantengan o desarrollen la capacidad suficiente para atender a las demandas que se generen en el nivel primario, dado el nivel primario aumenta la demanda de servicios de salud. Es por eso que yo quiero exigir que no vayamos a caer en el error de estimular un enfrentamiento entre lo complejo y lo simple, entre medicina científica y medicina empírica. Tenemos que dejar bien en claro al resto de los componentes de los sistemas de salud, que no van a ser sacrificados debido a la extensión de la cobertura. También tenemos que aclararles a los profesionales de salud, al público, que estamos desarrollando una medicina en varios niveles y que ningún nivel va a ser descuidado, sino que cada uno irá a recibir aquella cuota de los recursos de la nación que sea necesario para que todo esto funcione como un todo armónico. O se mueven todos en forma armónica o es preferible que no se mueva ninguno.



The PRESIDENT: We have four speakers on the list of those interested in discussing this item, so we will continue this discussion tomorrow morning. In view of the shortness of time that we will have tomorrow to deal with resolutions, it would be helpful if the resolution on this subject could be drafted between now and tomorrow morning, so that the Conference could review and modify it, as the case may be.

The session rose at 5:30 p.m.  
Se levanta la sesión a las 5:30 p.m.



# XX PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE

## XXX REGIONAL COMMITTEE MEETING

ST. GEORGE'S, GRENADA  
SEPTEMBER - OCTOBER 1978

Wednesday, 4 October 1978, at 9:05 a.m.  
Miércoles, 4 de octubre de 1978, a las 9:05 a.m.

CSP20/MP/14  
4 October 1978  
ORIGINAL: ENGLISH-FRENCH-  
PORTUGUESE-SPANISH

PROVISIONAL VERBATIM RECORD OF THE FOURTEENTH PLENARY SESSION  
ACTA PROVISIONAL TAQUIGRAFICA DE LA DECIMOCUARTA SESION PLENARIA

President: Dr. John H. Bryant United States of America  
Presidente:

Contents  
Indice

Sixth Report of the General Committee  
Sexto Informe de la Comisión General

(continued overleaf)  
(continúa al dorso)

Note: This verbatim record is provisional. Delegates are therefore requested to notify the Pan American Sanitary Bureau (Conference Services) of any changes they wish to have made in the text. The texts of the verbatim records will be published in the Proceedings of the Meeting.

Nota: Esta acta taquigráfica es provisional. Se ruega a los señores Delegados tengan a bien comunicar a la Oficina Sanitaria Panamericana (Servicio de Conferencias) las modificaciones que deseen ver introducidas en el texto. Los textos de las actas taquigráficas se publicarán en las Actas de la Reunión.

Contents (cont.)Índice (cont.)

## Proposed Resolutions Pending Approval

## Proyectos de resolución pendientes de aprobación

- Cooperation of PAHO with AIDIS
- Cooperación de la OPS con AIDIS
  
- Item 31: Report on Technical Cooperation among Developing Countries  
(conclusion)
- Tema 31: Informe sobre cooperación técnica entre países en desarrollo  
(conclusión)
  
- Item 21: Provisional Agenda of the Sixty-third Session of the Executive Board of WHO: Items of Interest to the Regional Committee  
(conclusion)
- Tema 21: Programa provisional de la 63a Reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS: Temas de interés para el Comité Regional (conclusión)
  
- Item 24: Technical Discussions: "The Impact of Drugs on Health Costs: National and International Problems" (conclusion)
- Tema 24: Discusiones Técnicas: "Repercusión de los medicamentos en el costo de la salud: Problemas nacionales e internacionales  
(conclusión)
  
- Item 25: Selection of the Topic for the Technical Discussions to be Held in 1980 during the XXVII Meeting of the Directing Council of PAHO, XXXII Meeting of the Regional Committee of WHO for the Americas (conclusion)
- Tema 25: Selección del tema de las Discusiones Técnicas que tendrán lugar en 1980 durante la XXVII Reunión del Consejo Directivo de la OPS, XXXII Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas  
(conclusión)
  
- Cooperation of PAHO with AIDIS (conclusion)
- Cooperación de la OPS con AIDIS (conclusión)
  
- Item 29: Extension of Health Services to the Underserved Population in Rural and Urban Areas (continuation)
- Tema 29: Extensión de los servicios de salud a la población subatendida de las zonas rurales y urbanas (continuación)
  
- Item 35: Sociocultural Obstacles to Health Service Delivery
- Tema 35: Obstáculos socioculturales en la prestación de servicios de salud
  
- Item 37: Costs of Administering Grant Funds
- Tema 37: Gastos de administración de los fondos de subvenciones

Contents (cont.)  
Indice (cont.)

Proposed Resolutions Pending Approval

Consideración de los proyectos de resolución pendientes de aprobación

- Item 29: Extension of Health Services to the Underserved Population in Rural and Urban Areas (conclusion)
- Tema 29: Extensión de los servicios de salud a la población subatendida de las zonas rurales y urbanas (conclusión)
  
- Item 32: Pan American Centers (conclusion)
- Tema 32: Centros Panamericanos (conclusión)
  
- Item 37: Costs of Administering Grant Funds (conclusion)
- Tema 37: Gastos de Administración de los fondos de subvenciones (conclusión)
  
- Item 35: Sociocultural Obstacles to Health Service Delivery (conclusion)
- Tema 35: Obstáculos socioculturales en la prestación de los servicios de salud (conclusión)

Item 40: Other Matters

Tema 40: Otros asuntos

The PRESIDENT: I call this fourteenth plenary session to order and will ask the Secretary to read the report of the General Committee.

SIXTH REPORT OF THE GENERAL COMMITTEE  
SEXTO INFORME DE LA COMISION GENERAL

The SECRETARY: The General Committee held its sixth session on 3 October 1978 at 5:45 p.m. Present were the Rapporteur and representatives of the Delegations of Brazil, Guatemala, United States of America, and Venezuela.

The Committee reached the following conclusions:

1. The following order of the day for the fourteenth plenary session to be held on the morning of Wednesday, 4 October 1978, will be established:  
a) Report of the General Committee; b) Consideration of Proposed Resolutions Pending Approval; c) Continuation of Item 29: Extension of Health Services to Underserved Populations in Rural and Urban Areas; d) Item 35: Sociocultural Obstacles to Health Services Delivery; e) Item 37: Costs of Administering Grant Funds; f) Item 40: Other Matters.
2. The closing session of the Conference is scheduled for Thursday, 5 October, at 9:00 a.m.
3. The 81st Meeting of the Executive Committee is scheduled for Wednesday, 4 October, at 3:30 p.m., in Room E.

While I have the floor, I would like to make two or three short announcements.

1. The provisional verbatim records of the eighth and ninth plenary sessions have been distributed, as have the records of the first and second sessions of Committee II and the revision of the report of the Technical Discussions. We would like to request the delegates to review the provisional records of their own interventions and make any corrections they feel are necessary and appropriate. They should then return the corrected records to Mr. García, who is sitting behind me on the podium.

2. As I mentioned two or three days ago, the cost for the charter flight from Trinidad to Grenada was US\$22.34 per person. So far, the Organization has been repaid by 20 of the 48 delegates who used the charter flight from Port-of-Spain to St. George's. To avoid sending bills by mail, we would like to request those delegates who have not yet paid for their passage to drop by the desk and leave the amount of US\$22.34 with the secretaries.

3. We will be pleased to ship the Conference documents to any delegate who so wishes. If the delegates will write their names and addresses on the pile of documents in front of them, we will send them by surface mail, at the conclusion of the Conference.

PROPOSED RESOLUTIONS PENDING APPROVAL  
PROYECTOS DE RESOLUCION PENDIENTES DE APROBACION

The PRESIDENT: Before proceeding to the consideration of the resolutions pending approval, I would like to remind you that all proposed resolutions listed under item 2 must be discussed this morning. Those resolutions pending approval and not listed under item 2 will be circulated, so that they may be acted upon under Item 40: Other Matters.

We shall now consider the proposed resolutions pending approval in numerical order. The first of these is Proposed Resolution PR/16, presented by the Delegation of Peru.

Cooperation of PAHO with AIDIS  
Cooperación de la OPS con AIDIS

El RELATOR: El proyecto de resolución sobre el tema, presentado por la Delegación del Perú, dice así:

"THE XX PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Considering that it is in the interest of the Member Governments to make utmost use of the resources available for the expansion of technical cooperation among developing countries;

Aware that one of the most effective ways to attain this objective is to strengthen the links between PAHO and officially recognized non-governmental organizations, and to engage in joint programs of common interest;

Convinced that firm support must be given to expansion of the specialized communication media in order to speed up exchanges of information and technologies;

Bearing very much in mind that the Inter-American Association of Sanitary Engineering (AIDIS) is a nongovernmental organization that maintains official relations with WHO and PAHO and for three decades has been collaborating with the Organization through its 22 national sections in environmental improvement activities in the Hemisphere; and

Convinced that, because of its internal structure, AIDIS possesses an effective information system consisting of its Editorial Secretariat, its own international journal, and the various publications of its national sections,

RESOLVES:

1. To recommend to the Director that he continue to cooperate as much as possible with AIDIS in order to maximize the effectiveness of its operations, and particularly in the establishment of joint programs of mutual interest.

2. To recommend to the Director that he do what may be necessary to further the integration of AIDIS into the Pan American Network of Information on Sanitary Engineering and Environmental Sciences (REPIDISCA) being established by the Pan American Center for Sanitary Engineering and Environmental Sciences (CEPIS) with the collaboration of the Member Countries."

"LA XX CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Considerando que interesa a los Gobiernos Miembros utilizar al máximo los recursos disponibles para ampliar la cooperación técnica entre países en desarrollo;

Consciente de que uno de los medios más eficaces para lograr ese objetivo es fortalecer las vinculaciones entre la OPS y las organizaciones no gubernamentales reconocidas oficialmente, desarrollando programas conjuntos de interés común;

Convencida también de que es necesario prestar un decidido apoyo a la ampliación de los medios de comunicación especializados, con el propósito de acelerar el intercambio de informaciones y tecnologías;

Teniendo muy presente que la Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria y Ambiental (AIDIS) es una organización no gubernamental en relaciones oficiales con la OMS y la OPS y que por espacio de tres décadas viene colaborando con la Organización, a través de sus 22 secciones nacionales, en actividades que propenden al mejoramiento del medio ambiente en el Continente, y

Convencida de que, gracias a su estructura interna, la AIDIS posee un efectivo sistema informativo constituido por su Secretaría Editora, su propia revista internacional y las publicaciones de diferente índole de sus secciones nacionales,

#### RESUELVE:

1. Recomendar al Director que continúe prestando la máxima cooperación a AIDIS para que pueda llevar a cabo sus actividades en la forma más efectiva posible, y en especial para el establecimiento de programas conjuntos de mutuo interés.

2. Recomendar al Director haga lo necesario para propiciar la integración de la AIDIS en la Red Panamericana de Informática de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (REPIDISCA) que está formando el Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS), con la colaboración de los Países Miembros".

The PRESIDENT: Are there any comments on this item?

Mr. ANDREW (United States of America): In the absence of the distinguished Delegate of Peru, I wonder whether the Conference could be enlightened

further, perhaps by the Director, on the questions before us. Before we reach a decision on the resolution it would be interesting to know what the Director thinks of this proposal. We urge him to do what is recommended in paragraph 2.

El Dr. ACUÑA (Director): Quisiera referirme más ampliamente a esta resolución en vista de que como ustedes saben, la AIDIS, la Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria y Ambiental, no es el único organismo no gubernamental en relaciones oficiales con la OPS. Las relaciones con AIDIS son excelentes. Es más, AIDIS prácticamente ha crecido y fue fundada bajo la tutela de la Organización Panamericana de la Salud. Desde este punto de vista, las relaciones de trabajo y personales son excelentes. Sin embargo, tengo la impresión de que haríamos un pequeño "deservicio", si se puede usar esa palabra, a los otros organismos no gubernamentales también reconocidos por la Organización, si no reiterásemos también el interés que tenemos en estrechar esas relaciones y trabajar con ellos. Esto es en lo que se refiere a la parte resolutive número uno del proyecto de resolución, que dice que debemos continuar prestando la máxima cooperación para que pueda llevar a cabo sus actividades, etcétera. Obviamente, deberíamos hacer lo mismo con los otros organismos no gubernamentales.

En cuanto a la recomendación número dos, quisiera esperar a que llegara el Ingeniero Butrico, Jefe de la División de Saneamiento Ambiental, para que nos diera una explicación un poco más completa al respecto. Mientras tanto quisiera decirles que CEPIS, el Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria, radicado también en el Perú y dirigido por la Organización, es el encargado del establecimiento de esta Red Panamericana de Informática de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente. El CEPIS actúa en colaboración con los gobiernos que han manifestado interés, cuyo número sigue aumentando. Trabajan en estrecha asociación también con AIDIS. Este año y el próximo, la Presidencia de AIDIS está también en el Perú lo que facilita esta estrecha colaboración, pero me pregunto si desde el punto de vista operativo, cuando la Presidencia de AIDIS, va que no hay reelección, pase a otro país, podría continuarse esta actividad en forma tan estrecha como se pretende aquí por medio de una resolución. En otras palabras, que en lo personal también tengo dudas acerca del éxito de una recomendación de la Conferencia respecto a un punto meramente operativo. Sinceramente, pienso que es llevar las cosas un poco al extremo. Siento mucho que el Delegado del Perú que presentó este proyecto de resolución no haya estado aquí porque era la última oportunidad para examinar este asunto, que a mi modo de ver es netamente operativo. Vería con agrado que se hiciera constar en acta esta relación, pero no creo que requiera una resolución al respecto.

El Dr. VALLADARES (Venezuela): Quisiera en primer lugar excusar el hecho de que no esté aquí el Delegado del Perú. Posiblemente yo tengo parte de culpa en esto porque en la Comisión General ayer se dijo que el proyecto de resolución iba a ser discutido en "otros asuntos". y así se lo dije a él. Probablemente el Señor Butrico estará pensando lo mismo, de manera que yo propondría que esperáramos a que se reincorporaran ambos y los oyéramos antes de tomar ninguna decisión sobre esta resolución.

The PRESIDENT: If the Conference does not object, we will put this agenda item aside until the two gentlemen in question are present.



Item 31: Report on Technical Cooperation among Developing Countries (conclusion)  
Tema 31: Informe sobre cooperación técnica entre países en desarrollo (conclusion)

El RELATOR: El proyecto de resolución sobre el tema dice así:

"THE XX PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Having considered the report of the Director on "Technical Cooperation among Developing Countries" (TCDC) (Document CSP20/23) presented in compliance with Resolution XXI of the 80th Meeting of the Executive Committee; and

Bearing in mind Resolutions XXVIII of the XXV Meeting of the Directing Council and WHA31.41 of the Thirty-first World Health Assembly,

RESOLVES:

1. To take note of the report on TCDC activities in the Region of the Americas in which the Organization has cooperated with the countries.
2. To reaffirm the support of the Organization to the Member Countries in the development of TCDC in the health field as an essential mechanism for promoting and increasing the individual and collective self-reliance of the countries.
3. To request the Member Countries to give firm support to, and invite them to participate in, the Technical Discussions of the Thirty-second World Health Assembly on "Technical Cooperation in the Field of Health among Developing Countries."
4. To request the Director to establish a working group on a high political level and representative of the actual socioeconomic situation in the Hemisphere, to study and formulate strategies and mechanisms for stimulating the development of TCDC in the Region, and that the recommendations of that working group be presented to the Executive Committee of the Organization for consideration.
5. To urge upon the Director of the PASB the importance of continued collaboration by the Organization at all levels in the reinforcement of TCDC among the Member Countries on the intercountry, subregional and regional levels.
6. To recommend to the Director that the report on coordination among the programs of the Organization and the countries on TCDC center on the analytical study of some health programs going forward in the TCDC context in order to assess the scope and results of, and the obstacles to, the advancement of this new form of international technical cooperation.
7. To recommend to the Director that a "skills bank" should be prepared and maintained where Member Countries can obtain information about technical expertise, training courses, equipment, etc., available to Member Countries under the TCDC program."

" LA XX CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo considerado el informe del Director sobre "Cooperación Técnica entre Países en Desarrollo" (CTPD) (Documento CSP20/23), presentado en cumplimiento de la Resolución XXI de la 80a Reunión del Comité Ejecutivo, y

Teniendo en cuenta las Resoluciones XXVIII de la XXV Reunión del Consejo Directivo y WHA31.41 de la 31a Asamblea Mundial de la Salud,

RESUELVE:

1. Tomar nota del informe sobre actividades de CTPD en la Región de las Américas en las cuales la Organización ha cooperado con los países.

2. Reiterar el apoyo de la Organización a los Países Miembros en el desarrollo de la CTPD en salud, por ser ésta un mecanismo fundamental para fomentar e incrementar la capacidad de los países, tanto individual como colectiva, para valerse de sus propios medios.

3. Solicitar a los Países Miembros su decidido apoyo e invitarles a participar activamente en las Discusiones Técnicas de la 32a Asamblea Mundial de la Salud sobre el tema "Cooperación técnica entre países en desarrollo en el campo de la salud".

4. Solicitar al Director constituir un Grupo de Trabajo de alto nivel político representativo de la realidad socio-económica del Continente que se encargue de estudiar y formular estrategias y mecanismos para estimular el desarrollo de la CTPD en la Región, y que las recomendaciones del Grupo de Trabajo sean presentadas a la consideración del Comité Ejecutivo de la Organización

5. Instar al Director de la OSP para que la Organización, a todos sus niveles, continúe colaborando en el fortalecimiento de la CTPD entre los Países Miembros a niveles interpaís, subregional y regional.

6. Recomendar al Director que el informe sobre la coordinación entre los programas de la Organización y de los países relativos a la CTPD se centre en el estudio analítico de algunos programas de salud que se adelanten en el contexto de la CTPD, para que se puedan estimar el alcance, los resultados y los obstáculos al progreso de esta nueva modalidad de la cooperación técnica internacional.

7. Recomendar al Director la creación y el mantenimiento de un "banco de pericias" en el que los Países Miembros puedan obtener información sobre los conocimientos técnicos, cursos de formación, equipos, etc., puestos a disposición de los Países Miembros en virtud de la CTPD". »

El Dr. EGAS (Ecuador): Quisiera solamente que me aclaren qué es un "banco de pericias".

Mr. ANDREW (United States of America): Our Delegation, early in the Conference, expressed the continuing interest of our Government in having the Organization carry out the rather flattering mandate received from the World Health Organization to serve as a global focal point for TCDC in health matters. My Delegation would like to propose an amendment to the draft that is before us. The amendment would appear under paragraph 4 which reads: "To request the Director to establish a working group on a high political level and representative of the actual socioeconomic situation in the Hemisphere to study and formulate strategies and mechanisms for stimulating the development of TCDC in the Region." At that point, Mr. President, we propose that the following be inserted: "and for carrying out the mandate from the World Health Organization to serve as a focal point for TCDC at the global level," the rest of the sentence remaining as it now is.

The PRESIDENT: Are there other comments? We will then call on Dr. Salazar Bucheli to answer the Ecuadorian Delegate's question on the meaning of "skills bank," in paragraph 7.

El Dr. SALAZAR (OSP): En verdad ha sido más un problema de traducción que otra cosa. En la discusión de la Comisión II, la Delegada de Jamaica indicó la necesidad de crear lo que podríamos llamar un banco de expertos, "skills bank" en inglés. Esto se ha traducido como "banco de pericias", pero el sentido exacto es disponer de un banco de información sobre expertos, sobre instituciones dedicadas a adiestramiento e investigación, sobre firmas consultoras, sobre agencias, instituciones, organizaciones, dedicadas a la producción de equipos médicos, por ejemplo, etc., todo lo cual fue considerado en la Conferencia de Buenos Aires como muy importante, de tal manera que se trata más bien de un banco de información sobre estos cuatro elementos básicos de la cooperación técnica a saber: expertos, consultores, instituciones para adiestramiento e investigación y firmas dedicadas a la producción de equipos y suministros.

El Dr. EGAS (Ecuador): ¿Significa la explicación del Dr. Salazar que va a cambiarse el texto en el sentido por él expresado? "Banco de pericias" no es castizo.

El Dr. ACUÑA (Director): Efectivamente, el término no es claro, por lo menos en Latinoamérica. Propongo que el Relator utilice el término "banco de información" y en esa misma línea sustituya la palabra "información" por "datos". Creo que esto daría una idea más precisa y clara de lo que se pretende. La propuesta del Delegado de los Estados Unidos de América en español quedaría aproximadamente de esta forma. Después, en el párrafo resolutivo 4, en la cuarta línea, después de "en la Región", debería decir: "y para llevar a cabo el mandato de la OMS para servir como el punto focal a nivel global de la CTPD".

El Dr. VALLADARES (Venezuela): No sé si sería conveniente poner el sentido de la intervención de la Delegada de Jamaica cuando se discutió este tema en la Comisión II. Evidentemente el término "skills bank", que entendemos muy bien a pesar de que no somos ingleses, se refiere a una especie de "banco de habilidades". Yo lo imagino como un banco donde se dispusiera de información sobre la tecnología propia de cada país, que pudiera transmitirse a los otros países, y no un banco de información sobre instituciones o compañías o casas productoras de equipos. Tengo la impresión de que es una cosa más simple. Sería útil saber qué quiso decir la Delegada de Jamaica.

Dr. MOODY (Jamaica): My idea, which was discussed at the Committee, was that, as Dr. Salazar had said, PAHO should make a collection of information about the things which could be available. We find it difficult in the countries to know where we can get the kind of expertise we need. It is usually by casual encounter that we discover that something may be of help to us. We were concerned that PAHO should have a bank of information that could perhaps be periodically circulated to the countries, so that they would know what is available. At least the PAHO Country Representative who would be working closely with us, should know the resources available to deal with a particular problem in the country.

It was difficult to find a phrase that expresses this idea succinctly. I would personally accept the expression proposed by the Director, "information bank."

The PRESIDENT: Two amendments have now been suggested, one by the distinguished Delegate of the United States of America and the other by the distinguished Delegate of Ecuador. Are there any further comments on this resolution?

Dr. BAKER (United Kingdom): At this stage of the Conference, I am not out to waste more time for mere linguistic and stylistic changes, particularly when they are not going to result in any actual change in the thrust of the activities of the Organization. I would like, however, to record very briefly one sentence in paragraph 6, which is verbose and exceedingly oblique. After reading it about five times, one gets the idea that there is a degree of repetition that I trust, in future drafting, may be avoided. I don't think any redrafting at this stage will actually help, so we may proceed from there, with that comment being recorded.

The PRESIDENT: Your comment will be recorded. Are there further comments on this resolution? If not I take it that the resolution is accepted with amendments.

Decision: The proposed resolution, as amended, was unanimously approved.

Decisión: Se aprueba el proyecto de resolución con las modificaciones introducidas.

- Item 21: Provisional Agenda of the Sixty-third Session of the Executive Board of WHO: Items of Interest to the Regional Committee (conclusion)  
Tema 21: Programa provisional de la 63a Reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS: Temas de interés para el Comité Regional (conclusión)

El RELATOR: El proyecto de resolución sobre el tema dice así:

"THE XX PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Having examined the report on the "Provisional Agenda of the Sixty-third Session of the Executive Board of WHO: Items of Interest to the Regional Committee" (Document CSP20/25) presented by the Director,

RESOLVES:

1. To request the Director to transmit to the Director-General of the World Health Organization the thanks of the Conference for this valuable information and its desire to continue receiving it in the future.
2. To take note of the report on the "Provisional Agenda of the Sixty-third Session of the Executive Board of WHO: Items of Interest to the Regional Committee" (Document CSP20/25)."

"LA XX CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el informe sobre el "Programa provisional de la 63a Reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS: Temas de interés para el Comité Regional" presentado por el Director (Documento CSP20/25),

RESUELVE:

1. Pedir al Director que trasmita al Director General de la Organización Mundial de la Salud la gratitud de la Conferencia por tan valiosa información y su deseo de seguir recibéndola en lo sucesivo.
2. Tomar nota del informe sobre el "Programa provisional de la 63a Reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS: Temas de interés para el Comité Regional" (Documento CSP20/25)".

The PRESIDENT: Are there any comments on this resolution? I take it then that it is acceptable to the Conference.

Decision: The proposed resolution was unanimously approved.  
Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución.

Item 24: Technical Discussions: "The Impact of Drugs on Health Costs: National and International Problems" (conclusion)  
Tema 24: Discusiones Técnicas: Repercusión de los medicamentos en el costo de la salud: Problemas nacionales e internacionales (conclusión)

El RELATOR: El proyecto de resolución sobre el tema dice así:

"THE XX PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Having examined the Report (Document CSP20/DT/3) of the Technical Discussions on "The Impact of Drugs on Health Costs: National and International Problems" held during the Conference, which had before it Document CSP20/DT/1;

Bearing in mind Resolution WHA31.32 of the Thirty-First World Health Assembly, and of the importance of safe and effective drugs in health care and the need to expand access to these drugs to all sectors of the population;

Stressing the need for current and objective drug information for prescribers and consumers;

Noting the increasing expenditures for drugs, due in part to the expanded coverage of health services, and aware of the need to control expenditures for pharmaceutical products while maintaining continued acceptable quality;

Recognizing the importance of the pharmaceutical supply system to health care, and considering the national and international elements of that system; and

Convinced of the necessity of a comprehensive national drug policy to address these concerns, and of a comprehensive drug law to implement that policy,

RESOLVES:

1. To take note of the Report of the Technical Discussions (Document CSP20/DT/3) and to express its satisfaction with it.

2. To recommend that Member Countries develop and maintain comprehensive national drug policies that will result in implementation of the recommendations presented in the Report of the Technical Discussions.

3. To request the Director to establish or strengthen relations with the pharmaceutical industry for the purpose of giving effect to the recommendations contained in the Report of the Technical Discussions (Document CSP20/DT/3)."

" LA XX CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el Informe (Documento CSP20/DT/3) de las Discusiones Técnicas sobre "Repercusión de los medicamentos en el costo de la salud: Problemas nacionales e internacionales" llevadas a cabo durante la Conferencia, en base al Documento CSP20/DT/1;

Habida cuenta de la Resolución WHA31.32 de la 31a Asamblea Mundial de la Salud y de la importancia que tienen para la asistencia en salud medicamentos inocuos y eficaces, y la necesidad de ampliar el acceso a esos medicamentos a todos los sectores de la población;

Subrayando la necesidad que tienen tanto quienes hacen las prescripciones como los consumidores, de una información puesta al día y objetiva sobre los medicamentos;

Visto el gasto creciente en medicamentos, debido en parte a la ampliación de la cobertura de los servicios de salud y consciente de la necesidad de controlar los gastos en productos farmacéuticos, al tiempo que se mantiene una calidad aceptable;

Reconociendo la importancia del sistema de aprovisionamiento de productos farmacéuticos para la asistencia en salud y considerando los componentes de tipo nacional e internacional de dicho sistema, y

Convencida de que hace falta una política nacional completa de medicamentos para atender esas preocupaciones, así como una amplia legislación sobre medicamentos para dar efecto a esa política,

**RESUELVE:**

1. Tomar nota del Informe de las Discusiones Técnicas (Documento CSP20/DT/3) y expresar su conformidad con el mismo.

2. Recomendar a los Países Miembros que preparen y mantengan una amplia política nacional sobre medicamentos que dé por resultado la puesta en práctica de las recomendaciones contenidas en el Informe de las Discusiones Técnicas.

3. Pedir al Director que establezca o refuerce las relaciones con la industria farmacéutica a fin de dar efecto a las recomendaciones del Informe de las Discusiones Técnicas (Documento CSP20/DT/3)".

The PRESIDENT: Are there comments on this resolution?

El Dr. GOMEZ (Colombia): Deseo sugerir que en el párrafo 4 de la parte expositiva, donde se dice al terminar "al tiempo que se mantiene una calidad aceptable", se diga que los medicamentos deben ser de óptima calidad en todos los casos, ya que en la actual redacción parece que la calidad pueda ser materia de discusión sobre su aceptabilidad de un país a otro. En el caso de los medicamentos se debe exigir una calidad óptima.

The PRESIDENT: The recommendation has been made that the word "acceptable" be changed to "optimum." Are there other comments?

El Dr. VALLADARES (Venezuela): Deseo referirme precisamente al mismo párrafo al que se refirió el Dr. Gómez porque en el párrafo se cita además como uno de los motivos de aumento del gasto en medicamentos la ampliación de la cobertura. Sabemos que ese es un motivo, pero hay muchos más. Yo propondría concretamente que el párrafo quedara redactado así:

"Visto el gasto creciente en medicamentos, y conscientes de la necesidad de controlar los gastos en productos farmacéuticos, al tiempo que se mantiene una calidad óptima, etc.". O sea, que además de la modificación propuesta por el Dr. Gómez, yo propondría eliminar todo el párrafo explicativo que dice: "debido en parte a la ampliación de la cobertura de los servicios de salud". No porque sea mentira, sino porque es una verdad a medias.

The PRESIDENT: Are there further comments? Is there any objection to the elimination of that phrase? May I take it then that the amendments suggested: the elimination of a phrase and the change of the word "acceptable" to "optimum" are acceptable? Then I take it that the resolution as a whole is acceptable. The Conference accepts the resolution.

Decision: The proposed resolution, as amended, was unanimously approved.  
Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución con las modificaciones introducidas.



- Item 25: Selection of the Topic for the Technical Discussions to be Held in 1980 during the XXVII Meeting of the Directing Council of PAHO, XXXII Meeting of the Regional Committee of WHO for the Americas (conclusion)
- Tema 25: Selección del tema de las Discusiones Técnicas que tendrán lugar en 1980 durante la XXVII Reunión del Consejo Directivo de la OPS, XXXII Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas (conclusión)

El RELATOR: El proyecto de resolución sobre el tema dice así:

"THE XX PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Considering that the provisions of Rules 7, 8, and 9 of the Rules for Technical Discussions have been followed in the selection of the topic of the 1980 Technical Discussions,

RESOLVES:

To declare selected the topic "Community Health Education: Evaluation of Present Programs, New Approaches, and Strategies" for the Technical Discussions to be held in 1980 during the XXVII Meeting of the Directing Council of PAHO, XXXII Meeting of the Regional Committee of WHO for the Americas."

"LA XX CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Considerando que se ha dado cumplimiento a los Artículos 7, 8 y 9 del Reglamento relativo a las Discusiones Técnicas en la selección del tema para las Discusiones Técnicas de 1980,

RESUELVE:

Declarar seleccionado "Educación comunitaria en salud: Evaluación de los programas actuales, nuevas orientaciones y estrategias" como el tema para las Discusiones Técnicas que tendrán lugar en 1980 durante la XXVII Reunión del Consejo Directivo de la OPS, XXXII Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas".

Decision: The proposed resolution was unanimously approved.

Decisión: El proyecto de resolución se aprueba por unanimidad.

Cooperation of PAHO with AIDIS (conclusion)  
Cooperación de la OPS con AIDIS (conclusión)

The PRESIDENT: We now return to the proposed resolution on this item, which we left temporarily because of the absence of two important persons involved in the discussion to recapitulate the issues discussed by Dr. Acuña, the importance of AIDIS, and its relationship to PAHO, but we have before us a procedural issue concerning ongoing activities. The question is "Is it necessary or appropriate to have a resolution on this matter?" The Director asked if it would not serve the purpose just to have it as a matter of record.

El Sr. OJEDA (Perú): El objeto de que la Delegación del Perú haya presentado un proyecto de resolución se debe en primer término a que el Gobierno del Perú, tal como indicaron en su informe los miembros de la Junta de Trabajo para los Centros Panamericanos, expresó su interés por las ciencias ambientales, etc. que eran las bases para la creación del Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente.

En el Perú también se fundó la primera facultad de ingeniería sanitaria de América Latina y fueron los ingenieros sanitarios peruanos los primeros que tuvieron ese título en América Latina.

Hay un acuerdo también de la 31a Asamblea Mundial de la Salud con respecto a la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Agua, en la que se exhorta a los Gobiernos a participar activamente y a preparar los planes y programas para atender el gran reto de la Década del Agua que se va a realizar de 1980 a 1990. Nosotros queríamos en esta Conferencia exhortar a los Gobiernos para que dieran también todas las facilidades a los ingenieros sanitarios en sus respectivos países y pudieran participar activamente en la presentación de los programas de los países para esta parte tan importante de la salud pública. Conocemos la gran organización que tiene la Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria que desde hace 30 años viene trabajando con la OPS. Quisiera hacer mención de los tres últimos números de una revista que a partir del mes de octubre va a tener 10,000 ejemplares y en los tres se habla de la OPS.

AIDIS tiene todas las características de una organización que debe ser apoyada amplia y francamente por la Organización, para el establecimiento de programas conjuntos de mutuo interés. El Director de la Oficina, el Ingeniero Butrico, el Dr. Ferreira y el Dr. Salazar han participado conjuntamente con directivos de la Asociación para establecer las bases de una serie de programas muy importantes que se están gestando para realizar entre la OPS y AIDIS.

Para reforzar este interés común entre las dos organizaciones y para que los Delegados de los Países Miembros tuvieran conocimiento de esto y apoyaran a las secciones nacionales de AIDIS en sus respectivos países, la Delegación del Perú presentó este proyecto de resolución. Creemos que la Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria, por el esfuerzo que ha hecho durante estas tres décadas, se merece esta resolución especial.

En el segundo punto se pide recomendar al Director que haga lo necesario para propiciar la integración de AIDIS en la Red Panamericana de Informática de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (REPIDISCA) que está formando el Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS), con la colaboración de los Países Miembros. A este respecto quiero referirme a las palabras de la Delegada de Jamaica, cuando habla de un banco de pericias. Quisiera decirle que ya está en marcha una red de informática para la ingeniería sanitaria y ciencias del ambiente. Hay un centro de informática en la Argentina, que es el CARIS, el centro de información para ingeniería sanitaria, otro en Chile y otro en el Brasil.

El Centro Interamericano de Ingeniería Sanitaria cuenta con todas estas instituciones para formar la Red Panamericana de Informática de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente, lo que permitirá que cualquier País Miembro, cualquier profesional que tenga interés en un determinado tema, pueda recibir esta información al más bajo costo posible. Creo que el día en que se pueda lograr completar esta red de información verdaderamente se estará cumpliendo la idea de que los países en desarrollo puedan comunicarse y transferir su tecnología, una tecnología que pueda venir de otros países más adelantados, pero que debe de ser adecuada a nuestras necesidades. Por esa razón también AIDIS quiere participar en esta red informática y en eso se basa el segundo punto del proyecto de resolución.

Mr. BUTRICO (Chief, Division of Environmental Health): As has been mentioned, the Organization has had a long-standing relationship with AIDIS. We have worked together on projects of mutual interest. I believe, however, that the point under review is a procedural one. It is true that through CEPIS we have been working with the various Governments in establishing a network of collaborating and cooperating centers for the exchange of information. This program is just beginning. In regard to AIDIS, our involvement in their activities will probably be limited to disseminating information through their publications. It would be rather difficult for us to include AIDIS in any other official way, in the network, because of the relationship between PAHO and the Governments themselves.

Another factor is that the AIDIS secretariat changes every two years; when a President from a particular country is elected, the secretariat is established in that country. Should there be a change of officers, the secretariat would move to another country. I only mentioned two years later this fact because of the difficulty in communicating and establishing a very definite link for a program such as the one on information exchange, which is part of the ongoing network. However, as I said, we expect to continue to disseminate information through AIDIS publications.

The PRESIDENT: Are there other comments?

El Sr. OJEDA (Perú): Deseo aclarar la última parte de la información que nos ha dado el Ingeniero Butrico. En realidad, es cierto de que cada dos años, como todo organismo con base democrática, hay elecciones y se cambia el

Comité Ejecutivo o parte de él. Nosotros creemos que es bueno que el Comité Ejecutivo tenga residencia en diversos países de América porque eso también incita a que los Gobiernos ayuden a la Organización. Pero no es exacto que sea el Comité Ejecutivo, la alta dirección, quien tenga la responsabilidad de la integración de AIDIS dentro de la Red Panamericana de Informática, sino su Secretaría Editora, tal como se observa en el último párrafo de la parte positiva: "Convencida de que, gracias a su estructura interna, la AIDIS posee un efectivo sistema informativo constituido por su Secretaría Editora, su propia revista internacional y las publicaciones de diferente índole de sus secciones nacionales". La Secretaría Editora, encargada de la edición de la revista y de todos los libros de texto de AIDIS, tiene su sede permanente en Río de Janeiro.

El Dr. VALLADARES (Venezuela): Creo que entre AIDIS y la Oficina Sanitaria Panamericana ha habido realmente una cooperación muy estrecha y que posiblemente tengan razón las personas que observan que no es necesario hacer una recomendación especial. Sin embargo, en este caso concreto, AIDIS está ofreciendo sus posibilidades técnicas y hasta cierto punto financieras en los medios de difusión que pueden utilizar y poner al servicio de la Organización. Me atrevería, si el Delegado del Perú está de acuerdo, proponer que haya un solo párrafo resolutivo que diga lo siguiente: "Recomendar al Director que, dentro de la colaboración mutua existente entre la OPS y AIDIS, considere la conveniencia de utilizar los servicios de la AIDIS en la Red Panamericana de Informática, etc., etc.". Porque comprendo que aspirar a que AIDIS sea integrado dentro de CEPIS no es posiblemente lo más apropiado, pero creo que sí vale la pena que consideremos la conveniencia de utilizar esos servicios que ellos ponen a nuestra disposición para facilitar la comunicación con todos los países.

El Dr. ACUÑA (Director): Encuentro perfectamente legítimo que los ingenieros de AIDIS hayan presentado este proyecto de resolución en defensa de AIDIS y para ver cómo se mejora la situación de AIDIS. Sin embargo, quiero recordar a ustedes que tenemos varias instituciones registradas como organismos no gubernamentales y que estarían en el mismo derecho de solicitar lo que se está solicitando con este proyecto de resolución. Quiero dar una información adicional. El año pasado y este año, pero voy a pedir al Ing. Butrico que rectifique o confirme lo que digo, hemos dado un subsidio de \$10,000 cada año a AIDIS, con objeto precisamente de que puedan organizarse y funcionar en forma efectiva, complementando las acciones que la OPS hace directamente o a través del Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria. Aparte de esto, con el Presidente de AIDIS hemos intercambiado cartas en las que aceptamos una serie de proyectos que ellos pretenden llevar a cabo con colaboración nuestra. Encontramos razonables algunos de ellos y otros están siendo estudiados; entre ellos se encuentra el de la ampliación de la red informática para que los miembros de AIDIS directamente y a través de sus propios medios reciban esta información que el Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria reúne, con una colaboración muy valiosa de AIDIS. Pero aquí, entra un asunto de tipo operativo, ¿cuál es el propósito de la resolución? Es evidente que las actividades son en beneficio de ambas instituciones: de AIDIS, que agrupa a ingenieros sanitarios, y de la Oficina Sanitaria Panamericana, que

tiene mandato de sus Cuerpos Directivos para mejorar las condiciones de los mismos países, a petición propia, en el campo de saneamiento ambiental. Estamos, por consiguiente, ante una resolución que en cierto modo es una aceptación de un hecho ya ocurrido. Para mí la resolución no tiene ningún propósito y en cambio daría motivo a que muchos otros organismos no gubernamentales nos pidieran que aprobáramos resoluciones del mismo tipo en favor de ellos, lo cual considero un poco aventurado en vista de que el tiempo que se tardaría en esto sería prácticamente interminable. Podría mencionar algunos otros organismos no gubernamentales que están en estrecha relación con la Organización Panamericana de la Salud: de pediatría, de ginecología, de algunas otras especialidades médicas de importancia en el campo de la salud.

Encuentro que no hay objeciones a la resolución pero, por otro lado, veo que esto va a desencadenar una serie de peticiones que tendré que traer ante los Cuerpos Directivos, más o menos en el mismo sentido, independientemente de que ustedes mismos, como delegados que representan a sus Gobiernos, también tengan organismos no gubernamentales en sus propios países que les hagan presión para que presenten resoluciones de este tipo.

Mr. BUTRICO (Chief, Division of Environmental Health): To confirm what Dr. Acuña has indicated, the Organization has provided support to AIDIS over the last two years. This support has been for the development of programs of mutual interest. For example, we are developing some activities involving input of information about the training of sanitary engineers in Latin America. We are asking AIDIS for assistance and are working with them on the development of an international roster of consultants. We are also soliciting their views about the Textbook Program we heard about here. These are the types of nonoperational government activities in which we are directly involved.

I would like to repeat that our activities in the AIDIS network will be limited to disseminating information through their publications.

El Sr. OJEDA (Perú): La Delegación del Perú, luego de haber escuchado las intervenciones, estima conveniente aceptar las modificaciones al proyecto de resolución hechas por el Delegado de Venezuela. En esa forma quedaría modificado nuestro proyecto de resolución.

The PRESIDENT: Are there further comments? The amendment suggested by the Delegate of Venezuela has been accepted by the Delegate of Peru. The Conference can now act on proposed resolution.

Decision: The proposed resolution, as amended, was adopted by 7 votes in favor, 4 against, and 8 abstentions.

Decisión: Por 7 votos a favor, 4 en contra y 8 abstenciones, queda aprobado el proyecto de resolución con las modificaciones introducidas.

- ITEM 29: EXTENSION OF HEALTH SERVICES TO THE UNDERSERVED POPULATION  
IN RURAL AND URBAN AREAS (continuation)
- TEMA 29: EXTENSION DE LOS SERVICIOS DE SALUD A LA POBLACION SUBATENDIDA  
DE LAS ZONAS RURALES Y URBANAS (continuación)

The PRESIDENT: Yesterday a few delegates called attention to the importance of the Alma Ata Conference as a milestone in the global development of health services. Others called attention to the historical importance of the contribution of the Americas. Some of these contributions antedate the Alma Ata Conference by many years. A number of Delegates referred to the efforts in their countries to expand health services to all people and described their efforts in regard to both program and training. We acknowledge the difficulties in reaching everyone with health care. It was pointed out that there is a need to provide a less ambitious quality of health services in order to reach a greater proportion of the population. Dr. Mahler has pointed out that equity in the distribution of health services needs to be seen as more important than the quality or number of those services. One of the Delegates pointed out the importance of providing, at least initially, a minimum of health care for all, and later of seeking to increase the quality of the services. The redistribution of resources is very important, but the competition from high technological levels in our own medical profession for resources is often difficult.

The use of traditional workers and medicines was also discussed. The importance of the role of auxiliaries was raised. In the context, I wonder if the use of the word auxiliary in this Conference includes the concept of the community health worker. Some countries believe that the widespread use of community based workers, many of whom are part-time volunteers with relatively short periods of training, is economically and culturally essential to the extension of health services.

The question of reaching these health goals by the year 2000 was raised. It was pointed out that accomplishing this goal requires structural and organizational changes in the World Health Organization and at national levels. It also requires an increase in the valid allocation of resources for health service research development. Funds in that area are simply not adequate now.

The strategic importance of the interrelationships among the various levels of health services was raised. It was emphasized that these levels are interdependent and that more effective primary health services will create a demand for referral to secondary and tertiary levels.

These are some of the major points raised yesterday. The floor is now open for further discussion.

El Dr. VALLADARES (Venezuela): Evidentemente, Sr. Presidente, usted ha hecho un resumen tan bien hecho que casi no queda nada por decir.

Sin embargo, como he oído decir ayer al Dr. Charles, de Bahamas, y como han dicho otros de los Delegados que han intervenido, en América existen experiencias bastante antiguas en este campo. En Venezuela comenzó oficialmente en 1961 con la característica muy especial de que obtuvimos el apoyo de la Federación Médica Venezolana, el organismo profesional y gremial más importante dentro de la medicina. No se hablaba todavía de atención médica primaria. Nuestra experiencia ha sido bastante larga y ha sido conocida por numerosos visitantes de América, Asia, y el Pacífico Occidental.

Desafortunadamente, el nombre que le pusimos al programa, Medicina Simplificada, ha sido mal visto; no traduce exactamente sus funciones, pero quería hacerles, muy rápidamente, una enumeración de los hechos fundamentales del programa.

Primero, son servicios sanitarios preventivos y curativos. No digo educativos, porque ahí hemos fallado, prestado por personal auxiliar tomado de sus lugares y adiestrado en cuatro meses, siempre de comunidades de menos de 1,000 habitantes.

Segundo, el personal es seleccionado en la comunidad--no es por la propia comunidad porque todavía no tenemos ese grado de participación de la comunidad--y adiestrado en grupos de no más de 12 ó 15 poblaciones pequeñas, cercanas a las comunidades donde van a servir y con cursos uniformes de cuatro meses de duración.

Este personal actúa siempre siguiendo instrucciones precisas que se dan en un manual que están obligados a seguir exactamente y del cual no se pueden desviar. El manual es de fácil comprensión y contiene gráficos. Para que este sistema funcione, hemos considerado necesario que forme parte de un sistema total de salud del país. Este sistema le suministra supervisión periódica a la medicina simplificada cuando es posible, a veces por médico, otras por enfermero graduado y, además, este programa básico refiere a los niveles altos aquellos casos que escapan a su competencia.

Hemos fracasado en los aspectos educativos. No hemos logrado una verdadera participación de la comunidad en estos programas y aunque sabemos que en otros países ya se está logrando, haremos todo lo posible para conseguirlo.

En el desarrollo posterior de esta idea a nivel de la OMS, nos ha preocupado que uno de los problemas que puede surgir es querer darle demasiada multiplicidad de funciones a un personal cuyas funciones deben ser muy estrictas y definidas. El hecho de llamarlos agentes multisectoriales creo que disminuiría la eficacia en salud sin que aumente su eficacia en ninguno de los otros renglones. En ese sentido creo que a nuestro nivel de América debemos cuidarnos bien de no sobrecargar con multiplicidad de acciones a un personal que por ser tan simple y tan reducido en su formación no puede cargar con todo.

Creemos que en un intercambio a nivel del campo entre unos y otros países de la América y fuera de América, con visitas de duración razonable --no llegar un día, visitar dos días, y regresarse al día siguiente-- es uno de los mejores procedimientos reales de cooperación técnica entre países en desarrollo, y que puede resultar más útil que foros, seminarios y otro tipo de reuniones.

En estas reuniones grandes--regionales, sectoriales, o subregionales-- generalmente se oyen exposiciones teóricas perfectas; se está sometido a la presión de autoridades técnicas que desean que los resultados escritos de la reunión respondan a sus juicios preestablecidos. No creemos que se trata ya de reuniones adicionales, sino de trabajar, visitarnos y conocernos. Pensamos que en este momento lo más importante es que pudiéramos transmitirle a nuestros Gobiernos la necesidad de tomar las decisiones políticas necesarias para desarrollar rápidamente su sistema de atención médica primaria. Es decir, el sistema que cada quien haya desarrollado, que cada quien haya decidido en base a sus circunstancias nacionales.

Finalmente, no me queda duda de la importancia de la Conferencia de Alma Ata, pero diría que no deberíamos dejarnos quitar la posición de haber salido adelante en este campo. Alma Ata debe servirnos de punto de referencia como la culminación de un movimiento que ya se venía produciendo en varias partes del mundo simultáneamente; que respondía a una necesidad que todos sentían. Este movimiento alcanza en Alma Ata el respaldo oficial de los gobiernos del mundo y eso nos obliga a darle, cada vez, mayor impulso a nuestros programas nacionales de atención médica primaria.

El Dr. BARRIOS (Guatemala): Creo que casi todo lo que se debe decir se ha dicho, sin embargo, queremos puntualizar, por ejemplo, que cada país, dentro de los lineamientos generales y marco de referencia comunes, debe dotar a su proceso de desarrollo de mecanismos para incorporar a sus estrategias de extensión de cobertura la participación comunitaria y la atención primaria.

No obstante, creemos que vale la pena enfatizar que este nivel de decisión sea el más elevado para dar respaldo efectivo a las estrategias. Al respecto, nos permitiríamos recomendar que los programas de extensión de cobertura de servicios de salud con atención primaria y participación de la comunidad deben ser decisión del más alto nivel para su habilidad política y financiera, concebido por el nivel técnico como expresión de filosofía política del gobierno y de necesidad consciente y manifiesta de la comunidad como un derecho.

Además de lo que ya se ha mencionado, el plan nacional de salud no debe ser decisión de una acción aislada de concesión unilateral y del desarrollo nacional basado en desarrollo de sectores. Ha de ejecutarse mediante un ordenamiento que responda al interés de la comunidad, mediante prioridades y metas definidas junto con ellas.



Estas son las referencias de algunos comentarios por un Delegado el día de ayer que insistía en la programación por niveles. Todo esto es posible, si se canaliza la ayuda externa para este propósito. Con respecto a Guatemala, se ha venido trabajando desde hace aproximadamente un año para desarrollar el plan nacional de salud que está vigente desde hace unos cuatro años. Esto permitirá su desarrollo sanitario, ordenado y permanente, de acuerdo con las prioridades del país.

Para estas acciones, como políticas de acción administrativa y técnica, se desarrolló un método de programación que corresponde a grandes áreas programáticas que desarrollan una metodología para la programación local; esto con relación a acciones desarrolladas a nivel nacional, regional y local y que comprenderá una metodología para disminución de los programas de nivel local.

Este proceso tiene una amplia labor educativa para todos los niveles cuyo propósito es lograr el apoyo político, técnico y comunitario en todas las acciones del plan y programas nacionales. Incluye también la realización de seminarios, talleres, grupos de trabajo, cursos y cursillos con metodología adecuada. El currículum y toda la ayuda técnica que se presenta, tanto de la OPS como los préstamos del BID, han sido canalizados hacia la política de extensión de cobertura con la agrupación del sistema de servicios de salud.

El Dr. GOMEZ (Colombia): En aras de la brevedad y del poco tiempo disponible quiero plantear algunos aspectos desfavorables del programa y lo hago en base a la experiencia colombiana. Algunos de estos puntos fueron tocados ayer por la Delegación de Chile cuando mencionaba ciertos cuidados que deben tenerse cuando se elaboran estos programas de atención primaria.

En primer lugar, quiero insistir con los Delegados que estamos hablando de ampliación de cobertura y el problema inicial es definir qué es cobertura y qué es lo que tenemos cubierto. Digo esto porque al tener unos recursos bastante limitados destinados al sector salud en nuestros países, se está forzando una ampliación de las coberturas a través de la atención primaria. Este tipo de recomendaciones se están divulgando y conociendo a través de numerosas conferencias nacionales e internacionales. Tengo la impresión de que en algunos casos el equipo técnico quiere acelerar la ampliación de la cobertura a través de atención primaria sin que haya valorado suficientemente qué es lo que tenemos cubierto y cuáles son los recursos del sistema nacional de salud para poder ofrecer a la atención primaria toda la infraestructura de apoyo.

Ayer nos decía muy bien el Delegado de Chile que hoy día no debe adelantarse un programa de ampliación de cobertura de atención primaria si realmente no tenemos un servicio de salud totalmente organizado y donde estemos ofreciendo a través de los niveles secundarios o terciarios la totalidad de los servicios de cobertura a la población. No sería justo que en algún momento dentro de un sistema nacional de salud tuviéramos que abrir la brecha en los sectores secundarios y terciarios de la atención de la salud para iniciar una apertura hacia la atención primaria que, obviamente, si no tiene el respaldo de los otros niveles de atención, se constituirá en un gran fracaso demagógico.

La experiencia colombiana únicamente ha sido buena en aquellos departamentos del país en los cuales la estructura departamental de los servicios de salud ha podido apoyar en su totalidad a la organización de la atención primaria. En los casos en que esto no ha sido así, en algunas áreas del país se ha constituido en un gran fracaso donde la comunidad tampoco ha cedido a la prestación de los servicios primarios por parte del personal que nosotros hemos situado en esas localidades.

En segundo lugar, quería hacer otro comentario rápido en relación con la participación de la comunidad. Lo hago como una inquietud con los Delegados. Cuando estamos hablando de la atención primaria como uno de los requisitos básicos al tener la participación de la comunidad, nos ha venido preocupando fundamentalmente qué ocurre con el personal de salud de nuestros propios sistemas. Nos preocupa porque tenemos la impresión de que el personal de nuestras comunidades, cuando se incorpora al sistema nacional de salud, parece que dejara de ser parte de las propias comunidades. Se convierte en un extraño a los intereses de nuestros propios pueblos. Sólo quería hacerles este comentario para que ustedes valoren una situación muy particular.

Estamos revisando, por ejemplo, la disponibilidad de camas hospitalarias en cada uno de los países nuestros, y quiero darles una cifra muy por encima. Si aceptáramos que los países en promedio tengan dos o tres camas por 1,000 habitantes, y que cada cama de estas sea atendida por 2.5 personas vinculadas al sector hospitalario, fácilmente se hacen ustedes la cuenta. Si le cargamos a ese grupo de personas cierto núcleo familiar, más todo el resto de las organizaciones de salud que se vuelcan, no en el sector hospitalario, sino en otros sectores, incluso el voluntario, fácilmente los sistemas de salud de nuestros países tienen incorporados directamente al sistema cerca del 2% de nuestras propias poblaciones cuando no es más de este porcentaje. La cifra es aterradora porque parece excesivo dentro de una muestra de las poblaciones.

La pregunta es, si en nuestros sistemas tenemos incorporados una muestra tan grande de nuestras comunidades, por qué tanto interés en volcarnos hacia afuera, que es importante y no lo quiero discutir en este momento, pero nos ha preocupado la forma cómo estamos desaprovechando el gran vínculo de la comunidad, a través de los trabajadores de la salud de nuestras propias organizaciones. Entonces es curioso que hablemos de llevar los programas de planificación desde la periferia a los niveles centrales. Nos preguntamos, cuántas veces en nuestros sistemas se está consultando a nuestros propios trabajadores de la salud--que representan tanto dentro de esa comunidad--sobre qué es lo que debemos hacer en el sistema. Ellos mismos a través de sus padres, esposos, esposas e hijos, están sintiendo en las comunidades las necesidades verdaderas de salud, y viven y comparten con la gente de nuestras comunidades sectores marginados y de las ciudades de las zonas rurales.

Sin embargo, nunca en los sistemas nacionales de salud se empieza por utilizar lo que tenemos por dentro para la programación de nuestras propias actividades. Les digo esto porque al analizar estas cifras estamos sorprendidos a ver cómo desperdiciamos por dentro de nuestros sistemas de salud el gran recurso que tenemos vinculado a ellos.

Dr. DOUG DEEN (Trinidad and Tobago): Resolutions and indeed programs aimed at expanding health services are laudable and should be encouraged. However, I wish to refer to one of the points raised by the distinguished Delegate of France during her presentation on this subject yesterday afternoon, and to add one or two more thoughts about the development or the direction of national policies.

The point raised by the French Delegation is that the targets which are set must be realistic, especially in terms of time. This Delegation supports that view and feels that the direction of programs and the relative extent of development of these programs must be viewed in the context of the wider perspective of a number of other factors affecting health, if we truly strive to attain positive health as a final goal. I agree with the idea of extending health services to areas that are underserved or perhaps even not served.

I agree with the distinguished Delegate of Jamaica that there is a need for auxiliaries, since medical practitioners, already in short supply, are carrying out, in some areas, duties that could easily and effectively be performed by less highly trained personnel. This results in a significant degree of underutilization of this important human resources. In countries with limited resources, widely extended programs may, in effect, have to be achieved by the redistribution of financial resources, some of which were probably originally meant to provide other essential amenities within the social infrastructure, for example provision of safe water supply.

I have not overlooked the possibility of obtaining additional funds by means of loans from international agencies. Loans have to be repaid, however, and the cost-effectiveness of programs must be given appropriate consideration. We have heard, over and over again, the expression "extension of health services", efforts are also made to increase the number of health facilities and areas of services now provided. Provision of services is not always synonymous with utilization of these services--a consideration that may, at times, be overlooked. Most of these extensions are oriented towards medical problems, by which I mean ill-health, discovered through increased case-finding activities. This is important, but as mentioned by the distinguished Delegate from Brazil, the concomitant demand upon the other levels of health care through the necessary referral system is equally important. This was again referred to by the distinguished Delegate of Colombia.

This Delegation feels, however, that although preventive medicine is implicitly needed, it is not receiving the formally expressed emphasis that it deserves. How many of our health problems revolve around changing lifestyles? I hasten to comment that the related topic for the Technical Discussion was not submitted by this Delegation. How many of our health problems are occupation-generated, in direct relation to economic growth and industrialization, for example? How many of the health problems, changing ones, may be indirectly attributed to greater affluence, faster pace of living, and changes

of attitudes? In the long run, weighing realism against idealism, the answers may not necessarily be in the provision of more health facilities, such as psychiatric hospitals, vastly extended mental health programs, a greater number of alcoholic centers to cater to illnesses arising from a changing psychosocial environment, nor perhaps in the provision of elaborate units to deal with burns, fractures, and neurosurgical complications resulting from traffic or industrial accidents, or domestic accidents among young children. Where do we place the accent for action in plain practical terms? On extensive facilities for the management of nephritic diseases, secondary to streptococcal disease, or on the research and rescue approach to attacking streptococcal disease in the first place? Do we solve the problem of a leaking motor-car radiator by repeatedly filling it with water, or do we try to repair the leak as well as possible?

According to WHO's definition "health is not merely the absence of disease or infirmity." I wish to underline that a positive approach to health must assume a multisectoral dimension, if health for all is the goal to which we finally aspire. I use the term multisectoral rather than multidisciplinary, because even in health there are several disciplines; some sectors are not now under health but they form part of the public services of any Government.

The importance of the preventive aspects of health care must be emphasized. The need for a scientific approach in the assessment and relative cost-effectiveness of overall programs is essential. Programs should be so designed as to reflect, in the distribution of the input of resources, the various areas relative to the obtainable returns, in terms of positive health.

Our enthusiasm to extend health services coverage per se must be tempered by some analytical interpretation of the parameters available to us. We must, in designing programs, differentiate between "wants and needs." Health as a human resource must be seen for what it is, the most valuable resource in any country.

In this regard, Mr. President, the Delegation of Trinidad and Tobago wishes to recommend to this Conference that the concept of the multisectoral approach to health, based on sound principles of preventive medicine, be reflected in one of the resolutions arising out of discussions on Agenda Item 39: Extension of Health Services to the Underserved Population: and Urban Areas.

The PRESIDENT: I would like to point out, by the way, that the proposed resolution on extension of health services has been circulated--I invite you to look at it and see if you agree with the language.

Dr. JONES (Guyana): I am not going to be very long, since most of this topic has already been discussed by PAHO. Guyana has long used auxiliaries in services. In fact, auxiliaries were used before the beginning of the century. But these workers were largely involved in curative medicine. It is only recently that emphasis has been placed on preventive medicine. It is in that field and in the introduction of

new grades of health workers that Guyana feels it could benefit from the experience of other countries. We therefore agree with the Delegate of Venezuela that some means of sharing experiences should be adopted. We suggest that facilities be made available to administrators and those responsible for training health workers so that they are able to visit countries and see their problems and approaches. Thus they would benefit from their experience in the training and utilization of various levels of health workers.

The session was suspended at 10:45 a.m. and resumed at 11:00 a.m.  
Se suspende la sesión a las 10:45 a.m. y se reanuda a las 11:00 a.m.

ITEM 35: SOCIOCULTURAL OBSTACLES TO HEALTH SERVICE DELIVERY  
TEMA 35: OBSTACULOS SOCIOCULTURALES EN LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD

The PRESIDENT: I would like to ask the distinguished Delegate of Ecuador if he would introduce this item.

El Dr. EGAS (Ecuador): Para nuestra Delegación, Señor Presidente, significa un elemento importante el haber conseguido que en esta sala pudiera analizarse y comentarse en toda su amplitud aquello que ha estado motivando permanentemente nuestra preocupación.

Estamos comprometidos en un programa gigantesco de extensión de cobertura, como una acción que compromete a todos los Gobiernos y esta situación coincide en muchos aspectos con la presentación que hizo esta mañana el Delegado de Colombia.

Estamos notando que el gran esfuerzo que se realiza, y la gran inversión que se efectúa, lamentablemente no están teniendo una respuesta positiva por parte de la comunidad. Y, en cierto modo, la demanda que esperábamos y que esperamos satisfacer, no es todo lo amplia, todo lo importante, que nos permita conseguir el mejoramiento efectivo de nuestros niveles de salud. Por estas razones, el Gobierno del Ecuador, presentó a consideración de la V REMSA en Santa Cruz, Bolivia, el documento que ha sido circulado entre todas las Delegaciones, denotando claramente cómo la capacidad instalada, si fuera bien utilizada, podría, con solamente la capacidad actual, llegar al doble o al triple de los pobladores a los cuales está llegando.

Se habla entonces de que existen algunas situaciones, algunos problemas, que en alguna forma están dificultando la efectividad de esta capacidad instalada. En la Resolución de la V REMSA, se logró conseguir la formación de un grupo de trabajo que tuvo su acción en la ciudad de Quito hace tres semanas. Como fruto de este trabajo, se ha hecho también circular el informe final, con una serie de recomendaciones, todas dirigidas a ayudar para que los países, en el caso de la Región Andina, y si es aprobado en esta reunión, para los países del Continente, la necesidad de que la OPS estimulara y ayudara a los países a definir los problemas socioculturales que están realmente siendo una barrera para la prestación de salud.

La idea central gira alrededor de un hecho que se ha incorporado en la discusión de nuestros problemas y es: se está identificando lamentablemente que el servicio instalado en una comunidad en alguna forma está actuando como un nuevo instrumento que tal vez se entromete en esa comunidad, que tal vez se coloca como un injerto, que muchas veces no es bien recibido por el receptor. Se encuentra entonces que hay una serie de falta de comunicación entre el servicio y la comunidad; que por parte del servicio tampoco existe una buena comunicación en todos los niveles. Por último, que no es factible, en estas condiciones, conseguir una buena participación de la comunidad. Si no hay buena participación de la comunidad, la estrategia de atención primaria y de extensión de cobertura, y el programa de extensión de cobertura, no tiene su más amplia connotación, y por consiguiente los resultados no son de esperarse a la huella.

Por todas estas razones, quisiéramos, y especialmente, si se pudiese analizar las recomendaciones que en el informe final constan en la página 14, para que sirvieran de base para estructurar alguna resolución tendiente, a que la OPS ayude y estimule a los países a realizar acciones que han sido claramente identificadas y han sido muy bien tratadas, especialmente por el Gobierno de Colombia, a través de su hermoso programa de organización y participación comunitaria.

Las experiencias positivas que ellos tienen, más alrededor de 14 trabajos que ha desarrollado el Gobierno del Perú, más toda la experiencia de Venezuela, que ya nos está hablando claramente de organizar en alguna forma los esfuerzos de la comunidad para romper esas barreras, van a ser significativos. Nuestro anhelo es que a la luz de estas recomendaciones y las experiencias que se han obtenido, pudiera encontrarse una resolución expresa para ayudar a los países en el anhelo de superar los problemas socioculturales que ahora desgraciadamente disminuyen la efectividad de nuestros servicios.

Dr. CHRISTIAN (United States of America) On behalf of my Delegation, I would like to congratulate Ecuador for proposing the discussion of "Sociocultural obstacles to health service delivery." I would like further to compliment Ecuador on the excellent discussion paper provided to us for that discussion.

The Ecuadorean experience indicates the need for demographic, socio-economic, and health service indices as a background for the adequate discussion of this item. Some of the issues discussed in the paper include: (1) The intrusion of an indiscriminating health care system into the community. (2) The phenomenon of underutilization of health services. Let me point out that this problem is a worldwide one. In the United States of America the average number of health visits per person per year is about 5; in Africa it is 2 to 3; in many Latin American countries it is about 1; but in some South-east Asian and Latin American countries it is curiously low, about 0.2--as is described in the case of Ecuador. This striking underutilization of health services is not primarily due to lack of geographic access to health services but apparently to some sociocultural gap between the population and the health care system. Ecuador is correct in bringing this situation to our attention.

(3) The intrusion of an educational system, in which it is pointed out that many countries attempt to solve problems created by the intrusion of the health system into the community, in this instance the underutilization of health services, by educational intervention; but that does not work either, because educational intervention can also be insensitive to sociocultural factors in the community.

I would like to mention three additional factors which could be considered sociocultural barriers to health care: (1) the community's perception of who is responsible for health care; (2) the levels of care that the patient experiences; and (3) the superstitions or systems of belief.

With regard to the first factor, there is often perception on the part of both the community and health care professionals that the responsibility for health is in the hands not of the people but of the professional. I believe that if their health is to be protected people must assume that responsibility, make decisions, and take actions accordingly. The dual difficulty arises, however, of bringing the community to accept their responsibility and the medical professionals to relinquish it.

Secondly, most of us are aware that action by the health care delivery system or primary care intervention is not the first health care step for most patients. A patient's health care system often begins with home remedies, proceeds to folk medicine, then to the pharmacy, and often return again to folk medicine. Only after taking these steps is the "health care system," as we define it, approached. We in the health care system must recognize these steps as appropriate in a patient's exercise of responsibility for his own care. We must help people to improve upon this approach and, in particular, to recognize when that system is inadequate to meet their needs. As Ecuador has stated, the effective way is not to tell the patient what to do, but to help him to see it for himself.

Our third point is that people often have superstitions or systems of belief that are significant forces in their acceptance or rejection of modern health care. In certain sectors of the society in which I live, for example, loss of the uterus means loss of womanhood, of identity, of the essence of being a woman. Any test that could possibly lead to the end result of removal of the uterus is avoided. A Pap smear is thus seen as a negative and harmful procedure that must be avoided at all cost. This problem cannot be dealt with primarily from a technical point of view. Rather it must be approached from an understanding of its social and cultural origins. I am sure, moreover, that we could all give similar examples from around the world.

We believe it is a mistake to consider these cultures and communities as static, fixed social structures that are highly resistant to change. They have their own dynamic and culturally related processes for change and for relating to external factors and forces. We agree with the Ecuadorean emphasis that socially and culturally sensitive communication is essential to improving the relationship between health care delivery systems and

communities and to removing these obstacles. We feel, however, that the approaches to the problem should be broad and should reach beyond communication into a fuller range of social and cultural issues in order to restructure the relationships between health care delivery systems and the communities so as to be more sensitive to forces prevalent in the lives of the community.

This brings up the question of research emphases. In many countries, these emphases are overwhelmingly in the biomedical arena. While we are fully supportive of biomedical research, we believe more research is needed in sociocultural areas as well. We therefore feel that PAHO and the Member Governments should consider placing more emphasis on expanding and intensifying research in the sociocultural aspects of health in the community and of the health care delivery system.

El Dr. GOMEZ (Colombia): He escuchado las exposiciones de los Delegados del Ecuador y de los Estados Unidos de América. Realmente quiero ratificar esa posición que es de mucha preocupación dentro de las condiciones actuales de operación de nuestro sistema de salud nacionales.

En Colombia nos hemos preguntado muchas veces qué ocurre con las actuales instalaciones y nuestra actual capacidad de prestación de servicios. En el caso de las ciudades, y tendría que ver también con el tema de atención primaria, nos hemos encontrado con situaciones muy especiales. La población dentro de este contexto sociocultural y a pesar de él es una población que tiene una gran demanda sobre las instituciones altamente tecnificadas en las grandes ciudades colombianas. Parecería que estuviera esto un poco en contradicción con el nivel de las creencias de nuestra gente porque se piensa que el esquema de atención primaria que ellos tienen establecido a través de la medicina tradicional, los limita en su capacidad de conocimiento de los servicios de atención terciaria, por ejemplo, que prestamos en las grandes ciudades colombianas y vale la pena analizar esta situación con detenimiento mientras en las grandes ciudades colombianas tenemos los centros y puestos de salud totalmente sin demanda de servicios. La concentración de toda esa demanda está siendo atendida por los grandes hospitales universitarios.

La comunidad cree en el servicio que se le presta bien pero no cree en los servicios que se le presta tan mal como aquellos que tenemos en las grandes ciudades nuestras donde nuestros médicos cubren a tiempo parcial organismos sanitarios periféricos de muy limitada capacidad en su calidad de atención médica. Algo similar nos ha venido ocurriendo con los hospitales de nivel local exactamente los que apoyan o debieran tener la obligación de apoyar los programas de atención primaria a través de esos esquemas de delegación de funciones. Teníamos una cobertura que no llegaba al 50% en las áreas a nivel de hospitales locales. Esto, obviamente, representa un gran despilfarro de los recursos nacionales y una posibilidad de atención que puede llegar por lo menos al doble de la que estamos brindando si obtuviéramos que la comunidad se acerque a los servicios que tenemos instalados.

Por ello mencionaba con anterioridad que cuando se programe las acciones de atención primaria debemos razonar y pedirle a nuestras oficinas de planeación de los ministerios que lo miren con ese criterio, es decir, no presentar una serie de resultados frente a una presión internacional sino saber primero qué hacemos con los recursos que tenemos instalados y cuáles son las razones. Este es el punto clave de toda esta problemática. ¿Cuáles son las



razones para que a pesar de tener instalaciones montadas y en servicio la comunidad no llegue a los sistemas nacionales de salud. Quiero repetir que la investigación que se hace sobre los factores socioculturales tiene un gran valor.

En este momento, en las grandes ciudades la demanda de los servicios de salud se vuelca sobre los dos niveles extremos de la atención de salud. Por un lado se vuelca sobre la atención de tipo tradicional y folklórica, y, por el otro, se vuelca en el gran vértice de la pirámide, que son los hospitales universitarios. Esto plantea una serie de contradicciones que vale la pena analizar sobre lo que nos está ocurriendo. Para terminar mencionaré el caso de Bogotá, donde después de una investigación que se hizo se concluyó que cerca de 120 unidades periféricas de prestación de servicios entre centros y puestos de salud, pudiéramos fácilmente suprimir las del esquema de prestación de servicios sin que ellos nos representaran absolutamente nada como disminución de la calidad o de la cantidad de la atención médica que estábamos prestando.

Quiero hacer un último comentario porque en relación con atención primaria llegamos a considerar que en las grandes ciudades teníamos que tener mucho cuidado con la ampliación de cobertura a los sectores marginados a través del esquema de atención primaria, y estábamos programando más bien un nivel de atención con unidades intermedias de tipo hospitalario tomando ventaja de la confianza de la gente en las instituciones que realmente les prestan servicios de buena calidad.

El Dr. VALLADARES (Venezuela): Queremos felicitar a la Delegación del Ecuador por el empeño que puso en la introducción del tema y por la forma tan concisa como lo ha presentado el Delegado y el documento que también hicieron circular. Nos ha interesado muchísimo el tema porque creemos que también nos está afectando. Como les dije en la intervención en el punto anterior, no hemos logrado todavía una participación activa de la comunidad aún cuando estamos llevando servicios a las comunidades rurales y a las periféricas de las grandes ciudades. Los comentarios de la Delegación de Estados Unidos de América nos han parecido verdaderamente interesantes. Creo que ha dicho con franqueza, en forma tan simple, que no nos habíamos nosotros atrevido a decir cuál es la verdadera situación de eso que llamamos la atención primaria que en resumidas cuentas es casi el cuarto paso.

Finalmente, llama mucho a reflexión las observaciones que ha hecho el Dr. Gómez sobre las observaciones en Colombia y esa polarización de la demanda hacia los dos polos opuestos de la calidad de servicios. La Delegación de Venezuela piensa que es evidente que una de las cosas que debíamos recomendar es que en alguna forma los países realizaran investigaciones de hasta dónde las condiciones de costumbres, las condiciones culturales, las condiciones de tradición, de superstición también existentes, pueden estar influyendo en la utilización de los servicios. Pero cuando recomendemos estas investigaciones, recomendémoslas a niveles factibles y a niveles útiles. No vayamos todavía a la gran investigación multinacional porque aquí no hay uniformidad. Aun

dentro de un solo país no hay uniformidad tampoco sino que estimulemos que cada país desarrolle progresivamente sus investigaciones con el apoyo del personal especializado de la OPS.

Le Dr. JEANNE BROUELLE (France): Je serai très brève. Je voudrais tout simplement remercier les orateurs qui se sont succédés pour avoir mis l'accent sur ce problème qui est particulièrement important car c'est l'un de ceux qui constitue le frein principal au développement de certains services. Je voudrais aussi relever dans ce qu'ont dit les orateurs précédents, deux points qui ont été soulignés principalement, à savoir le frein qui est constitué par certaines attitudes socio-culturelles et la dynamique propre de cette situation socio-culturelle qui a bien été mise en relief par la déléguée des Etats-Unis.

En conclusion, il me semble que nous devrions supprimer deux éléments de ce qui vient d'être dit. Tout d'abord, aucun plan, aucun programme ne devraient être mis en exécution sans l'établissement d'une étude approfondie sur le terrain, suffisamment différenciée qui fasse ressortir les nuances que l'on peut trouver dans les attitudes des populations. Ensuite, comme corollaire, aucun plan ne peut être monolithique; il doit être adapté à des micro-situations, car l'on ne peut se contenter d'une attitude générale pour l'ensemble de la population; des modulations importantes sont nécessaires.

Dr. COSTA (Brasil): Em primeiro lugar a Delegação do Brasil desejava felicitar a apresentação feita pela Delegação do Equador sobre assunto de vital importância. O trabalho foi feito com muito cuidado, muita consciência e com um propósito muito claro de fazer com que se estimulem trabalhos que até hoje têm sido relegados a um plano talvez nem sequer secundário.

Quando se trata de passar a realizar pesquisas científicas é muito fácil lançar hipóteses ainda nunca antes apresentadas, com o propósito de chegar a descobrir algo novo e ter um novo nome de um gênio escrito entre aqueles que fazem a ciência. Mas talvez muito mais importante seja desenvolver pesquisas de tipo operacional com o propósito de resolver problemas e chegar a ampliar a aplicação de tecnologia já conhecida até hoje não ampliada por dificuldades que poderiam ser resolvidas com pesquisas operacionais. Tendo tomado parte em várias discussões de grupo a respeito do assunto, como por exemplo na última reunião da ALAESP realizada na Escola Regional de Saúde Pública do Rio de Janeiro, ficou bastante evidente que isso é assunto muito pouco cuidado e que talvez exigisse de um organismo como o nosso que houvesse não somente estímulo como insistência e apoio para que organizações, instituições oficiais ou não, estejam interessadas no assunto, possam realizar com proveito pesquisas operacionais.

Não sei se estou me adiantando demais, propondo que, como complemento ou melhor como eco, as palavras do Senhor Ministro da Saúde nesta mesma Conferência e pedindo a atenção para as pesquisas muito elaboradas, muito sofisticadas e para a falta daquelas que poderiam ser mais orientadoras na aplicação de campos já conhecidos. Não sei se caberia no caso uma simples lembrança de que talvez conviesse à Repartição Sanitária Pan-Americana, pelos meios que haja por bem tomar, pensar em como desenvolver este tipo de atividade.

El Dr. CRUZ (Chile): Los comentarios hechos por la Delegación de Estados Unidos de América, sobre la presentación de la Delegación del Ecuador, han tenido un gran mérito, por lo menos para nuestro país en el sentido que se nos ha aclarado muy bien que si queremos avanzar en el tema anterior--de extender la cobertura--es indispensable que este otro factor lo tomemos en cuenta, y lo consideraremos como parte de nuestro trabajo.

Desgraciadamente en nuestro país estamos operando en base a impresiones, que creo que es lo que pasa en la mayor parte de los países. Sin embargo, en este momento me doy cuenta que es necesario que estas impresiones sean corroboradas como un factor fundamental si queremos hacer algo útil en la extensión de cobertura. No sacamos nada con ofrecer más cosas si estas no son aceptadas.

Nuestro país es un muy buen genio en cuanto a lengua, raza, etc. También hay otros factores de tipo religioso, superstición, etc., pero son de poco peso. Hemos identificado como el factor más importante el que mencionó el Delegado de Estados Unidos de América, y es que la población tiene una actitud absolutamente pasiva ante la salud y espera que se le dé todo; y espera que se le dé el sistema organizado de nuestro país--el Servicio Nacional de Salud--que ha tenido cinco años de existencia.

Ellos esperan que le lleven lo más sofisticado y el personal de más alto nivel posible, de tal manera que hay una resistencia a este otro nivel más simple, menos sofisticado, llevado por otro personal que no es médico. Tanto es así que el 10 de noviembre, dedicado en Chile al bien de la salud, este año el tema elegido con la colaboración de los medios de comunicación, con participación de todos los ministerios y organismos públicos y universitarios del país, ha girado en torno a la pregunta ¿Qué hace usted por su salud?

En un intento que nuestra población tenga conciencia de que el Estado le va a ofrecer una cantidad de servicios desde un punto para arriba, pero de ahí para abajo son ellos los que tienen que preocuparse de su salud porque no hay manera de que el Estado, ni ninguna organización vaya a suplir esa acción personal.

Me alegro mucho haber oído la exposición del Ecuador y los comentarios de Estados Unidos, porque nos ha indicado un camino que teníamos un poco descuidado en Chile y sería útil si en esta reunión se hiciera una recomendación en este sentido, de que nuestros países inviertan tiempo y recursos en este tipo de estudio.

El Dr. EGAS (Ecuador): Esta participación será explícitamente para agradecer los comentarios tan valiosos y tan enriquecidos de los elementos que estábamos tratando. Nosotros nos habíamos permitido sugerir que como un elemento de trabajo pudiera considerarse algunas de las recomendaciones que traíamos en el documento y para evitar leerles, pudiéramos ayudar a la Relatoría a introducir cuatro o cinco recomendaciones fundamentales que están íntimamente vinculadas con todos los elementos que aquí, en forma tan

sapiente, han sido analizados por todas las personas que han comentado este tema.

Si a usted le parece así, Sr. Presidente, nos daríamos por satisfechos en este punto.

The PRESIDENT: I would suggest, then, that the distinguished Delegate of Ecuador and one or two of the other delegates prepare a resolution on Item 35.

ITEM 37: COSTS OF ADMINISTERING GRANT FUNDS

TEMA 37: GASTOS DE ADMINISTRACION DE LOS FONDOS DE SUBVENCIONES

Dr. COONEY (Chief, Budget and Finance): The 80th Meeting of the Executive Committee approved Resolution V which requested the Director to present to the XX Pan American Sanitary Conference a complete study of the costs that administration of the funds of grants from extrabudgetary sources may entail for the Pan American Sanitary Bureau. Document CSP20/19, summarized below, has been prepared in response to that resolution.

The question of how to reimburse agencies for their costs of technical and administrative support applicable to the management, administration, and implementation of projects funded by extrabudgetary resources has been a problem of long standing within the United Nations agencies and within PAHO.

There have been various terms used to describe such costs, e.g., "agency overhead costs," "indirect costs," and "program support costs." For the purposes of this discussion, the term "program support costs" will be utilized.

Program support costs may be defined as the total expenses incurred by an organization as a result of its participation in an extrabudgetary-funded project or program. Such support costs may include but are not limited to the following technical and administrative support costs: participation in project planning; technical support and supervision of staff and consultants; advice on training programs, advice on equipment specifications; technical reporting; participation in project evaluation, revision and follow-up; recruitment of experts and consultants; personnel administration; procurement activities; training and fellowship administration; computer services; communications; budgeting and accounting and building maintenance.

As far back as the early 1960's the PAHO Office of Administration had considered this problem, and on various occasions studies were started; but the matter was never brought to a final conclusion.

In the early 1970's, the United Nations and its agencies became increasingly interested in program support costs. During 1973, five of those agencies participated in a cost measurement exercise for the purpose of providing information to the United Nations Development Program on agency overhead costs. WHO participated in this exercise. The study was continued during 1974-1976, but not every agency participated. The overhead cost rates determined by the agencies based upon cost measurement studies of its activities are indicated on page 2 of Document CSP20/19. In 1973, these overhead cost rates ranged from 19.39 per cent for FAO to 31.29 per cent for UNDP. The rate for WHO was 27.4 per cent. The overall average was 23.3 per cent.

These cost measurement studies have not been continued, and based on a premise that the agencies would have to absorb part of the costs for administering extrabudgetary funds within their regular budget, UNDP adopted a rate

of 14 per cent. However, the question of which source of funds should be charged for program support costs relating to extrabudgetary activities has been inconclusively debated throughout the United Nations system and a definite solution has not been formulated.

An Intergovernmental Working Group on Overhead Costs has been established at the United Nations and is currently studying this matter in conjunction with the United Nations Joint Inspection Unit. Representatives of the specialized agencies, including WHO, are also participating in this study, seeking to find a simplified formula for the reimbursement of overhead costs. In June 1978, the Intergovernmental Working Group on Overhead Costs indicated that the existing formula used by UNDP for the reimbursement of overhead costs to agencies, based on 14 per cent of project costs, represents a pragmatic compromise and, though in existence for some time, has no scientific basis. While having the merit of simplicity, it was considered inadequate. This Working Group is continuing its efforts to seek a solution to this complex matter.

In the World Health Organization, the latest reference to the question of program support cost by the Governing Bodies of WHO is indicated in World Health Assembly Resolution WHA27.33, which expressed the belief that "the full cost of the technical and administrative services and supports necessary for the efficient and effective implementation by WHO of programs financed from extrabudgetary funds should, in principle, be financed from such funds."

As previously indicated, the United Nations cost measurement exercise in 1973 revealed that the actual cost of technical and nontechnical support by WHO to UNDP-financed projects amounted to 27.4 per cent of project cost.

In January 1978, the Director-General of WHO reviewed the internal WHO policy with respect to the reimbursement by extrabudgetary funds of support costs relating to programs financed from such funds. The Director-General reconfirmed that in order to meet at least some of the costs of the support required by activities financed by extrabudgetary funds, WHO would continue its policy of levying a charge of 14 per cent of the project expenditures incurred, unless negotiations with a donor or funding agency could result in an agreement for a higher percentage or a specific sum for program support costs equalling not less than 14 per cent of the contribution. It should be noted that the WHO policy does not limit the charge for overhead to 14 per cent and the charge may be higher as a result of negotiations with the donor or funding agency.

I would like to summarize now the PAHO policy in this matter. During the period 1968 to 1975, the PAHO/WHO regular budgets increased from \$16,794,000 to \$34,941,000, an increase of 103.6 per cent. During the same period, the extrabudgetary funds increased from \$7.5 million to more than \$21 million, an increase of 184 per cent. In 1977, extrabudgetary funds constituted 36.4 per cent of the total PAHO expenditures.

During this period, the Organization did not charge funding agencies for administering these extrabudgetary projects. However, conditions have been changing drastically in the 1970s, and the effects of inflation, together with other pressures such as the general increases in the levels of both regular and extrabudgetary programs have meant that the resources available, within the Organization were generally insufficient to meet those costs of program support costs that were being borne in earlier years. At the same time, the PAHO Governing Bodies were recommending that more emphasis should be placed on securing extrabudgetary funds and were also indicating that administrative costs should not increase.

Recognizing that the programs financed by the regular budget of the Organization would suffer as more and more of the Organization's resources were diverted to managing and administering extrabudgetary activities, the Director decided to study once again the question of indirect support costs. After extensive negotiations in 1976 with the U.S. Government agency specifically designated to handle such negotiations, and staffed with experts in this field as indirect cost rate was approved by that agency and adopted as the PAHO program support costs rate. This rate is based upon actual expenditure experience by PAHO, utilizing recognized cost principles and procedures for establishing indirect cost rates.

Consequently, PAHO has had a definite advantage in that it has established its program support cost rates in conjunction with highly qualified experts and in accordance with well-defined policies and principles in the field of indirect cost rates. Since PAHO expenditure data formed the base upon which the rate was established, the rate is considered to be a true reflection of PAHO's indirect costs applicable to any extrabudgetary activities undertaken by PAHO. The rate established was 31.8 per cent for 1974, 30 per cent for 1975, 31 per cent for 1976, and a provisional rate of 31 per cent for 1977. We have just received verbal confirmation that a rate of 31 per cent has been approved for 1978.

The Director has established a general policy that the full cost of the technical and administrative services and support for the efficient and effective implementation by PAHO of projects and programs financed from extrabudgetary funds should, as far as possible, be financed from such funds. This policy is similar to the WHO policy on this matter.

In addition, the following specific policies have been established to secure recovery of PAHO support cost applicable to the management and administration and implementation of projects funded by extrabudgetary resources.

First, all direct costs which can be identified with a particular grant/contract/agreement will be included in the direct cost of the grant/contract/agreement.

Second, provision for program support costs based on total project costs will be included in all grants/contracts/agreements for extrabudgetary-funded activities.

Third, at times it may be necessary to negotiate with the donor agencies on the level of PAHEF/PAHO program support costs for individual proposals due to agency budgetary policies or some or other types of limitation. Subject to approval by the Director, a special program support costs rate may be negotiated with extrabudgetary fund donor agencies. In any preliminary discussions with these agencies, the agency will be informed of the current PAHO program support costs rate.

Fourth, although it may be considered feasible occasionally to waive the application of the PAHO program support costs rate, such waivers should be held to a minimum in order to ensure recovery of PAHO costs in support of these extrabudgetary-funded activities.

Fifth, any waiver of the application of the established PAHO program support costs rate must be justified to and approved by the Director.

Sixth, when a waiver is granted, the program support costs to be assumed by PAHO will be included in the budget of the agreement as a contribution by PAHO on a cost-sharing basis.

Seventh, under the authority vested in the Director by Financial Regulation 6.7, the Director has established a Special Fund for Program Support Costs. Funds made available for this purpose to the Organization through the application of the program support costs rate are credited to this fund. Finally, distribution of earned program support costs from the Special Fund is made by the Director.

Eighth, upon appropriate justified request for specified support services, the Director may approve funds for PAHO Headquarters and field activities which provide support to extrabudgetary-funded activities.

The status of the Special Fund for Program Support Costs is reported in the Annual Financial Report of the Director and Report of the External Auditor. As of 31 December 1977, there was a balance of \$221,578 in this Fund, and this amount is recorded in the Report of the Director.

To summarize, in order to ensure that funds are available within the regular budget to support the programs and goals of the Organization, and believing that the full cost of the technical and administrative services and support necessary for the efficient and effective implementation by the Organization of projects financed from extrabudgetary funds should wherever possible be financed from such funds, the Director has implemented the policy of recovering the Organization's program support costs relating to these extrabudgetary-funded activities. This policy is designed to ensure that the funds of the regular budget that the Governing Bodies have approved for the Organization's programs are not diverted to the detriment of those approved programs, and in addition, to preclude increases in the regular budget to defray the expenses of providing support for extrabudgetary-funded projects. This is a very complex matter, and for that reason the United Nations has established an Intergovernmental Working Group on Support Costs. WHO representatives participate in this Working Group. We are cooperating and



coordinating with the WHO representatives in their activities with the Group. A meeting of the Group was held last January to draw up terms of reference for operations, and PAHO staff were privileged to represent WHO at that meeting. Currently the Working Group is collecting information from all United Nations agencies to seek an equitable simplified methodology or a formula on support costs. PAHO has provided the World Health Organization representatives with detailed information on how we have developed our program support costs rate and has even provided the excellent detailed manual of procedures on this subject, which is utilized by the U.S. Department of Health, Education and Welfare in determining overhead rates on their grants to all types of agencies. WHO representatives attended additional meetings at the United Nations on this matter just last August. There is also a scheduled meeting of Intergovernmental Working Group in January 1979 to continue its work on the subject. We will continue to maintain close coordination with WHO on the activities of this Intergovernmental Working Group. This concludes my presentation. I will be happy to answer any questions on this matter.

The PRESIDENT: I call on the representative of the Executive Committee to comment on this subject.

El Sr. CAREAU (Miembro, Comité Ejecutivo): El Comité Ejecutivo examinó con detenimiento el problema de los gastos de administración de fondos provenientes de subvenciones para actividades del programa de la Organización, para sufragar los cuales no se prevén asignaciones en el presupuesto ordinario de la Organización. La Asamblea Mundial de la Salud había aprobado, en 1974, la Resolución WHA27.33 sobre el tema, pero en ninguna resolución de la OMS se especifica un porcentaje fijo; sin embargo, es política de la OMS aplicar un porcentaje que en ningún caso es inferior al 14%, este es el que utiliza en la OPS.

Después de discutir si procedía o no determinar un porcentaje específico, el Comité reconoció la necesidad de establecer un criterio, conocido por todos los Gobiernos Miembros, para determinarlo. En consecuencia, resolvió pedir al Director que presentara a la XX Conferencia Sanitaria Panamericana un estudio completo de los gastos que pueda ocasionar a la OPS la administración de los fondos de subvenciones provenientes de fuentes extrapresupuestarias, y recomendar a la Conferencia que autorice al Director a que, cuando sea conducente, cargue sobre el monto de los fondos provenientes de subvenciones para actividades del programa de la Organización el porcentaje que, en cada caso, sea necesario para sufragar los gastos de administración de dichos fondos.

El Representante de Venezuela explicó en aquella ocasión que había votado en contra de la resolución aprobada por el Comité porque consideraba que la Conferencia debe decidir a base del estudio que presentaría el Director conforme a lo solicitado en el primer párrafo de la resolución, y que correspondía a la Conferencia decidir no solo la política respectiva sino la utilización de los ingresos que se obtengan por ese concepto.

Mr. ANDREW (United States of America): When this item was discussed in the Executive Committee, it provoked a great deal of discussion, which reflected the great interest that the Member Governments naturally have, their

questions as to how the resources of the PAHO Regular Budget are used, and the desire to know the means of getting the most benefit from extrabudgetary resources.

The document prepared by the PAHO Secretariat and read to us just now by Dr. Cooney shows clearly that the issue is a regularly recurring one in the United Nations system, one for which there is no fully satisfactory explanation, although a special subcommittee or working group of the United Nations is seeking such an explanation.

It is the view of my Delegation that the PAHO Regular Budget and the programs it supports need to be shielded in some way from the pressures that are generated by extrabudgetary programs, programs which while highly desirable in themselves very often may be inconsonant with the goals and priorities of PAHO and may in many cases drain away regular program resources because of an inadequate provision for support costs. Consequently, we endorse the current policy as outlined in section 5 of the document. We recognize at the same time that it is a policy to which there must be numerous exceptions. Clearly the United Nations system policies, including policies of the UNDP and those of other major donors concerning support costs for grant-funded programs, must be taken into account. Clearly too, grants will sometimes be proposed for activities that are so promising or so innovative as to merit departures from PAHO's current policy. Both of these possibilities seem to be adequately covered under section 5.c of the policy statement.

This subject, as Dr. Cooney has suggested, is one that should be kept under constant review. We would propose that, after the United Nations Consultative Committee on Administrative Questions has come up with proposals for a simplified formula for the reimbursement of support costs for activities financed directly from sources outside the United Nations system, the Director look at these proposals to see whether they would suggest any changes in PAHO's own policy.

Secondly, my Delegation would suggest that the Director prepare for the next Executive Committee a detailed report comparing the impact on the Regular Budget of program activities funded from extrabudgetary sources in, let us say, 1975, before he adopts the new policy related to support costs in 1977, i.e., after the new policy came into force. This would give Member Governments attending the Directing Council next year a clearer picture of what we are talking about, both in terms of the amount of money and the man-days or man-years of PAHO staff.

Dr CHEVALIER (Canada): M. le Président, le Canada désire appuyer la recommandation des Etat-Unis sur cette question.

El Dr. ACUÑA (Director): Doy las gracias a los Delegados de los Estados Unidos de América y del Canadá, países que proporcionan una gran parte de los fondos extrapresupuestarios que maneja la OPS.

La política sobre el asunto en debate, que se explica en el documento de referencia, es bien precisa y al mismo tiempo, flexible. La Organización no puede imponerle condiciones a un donante. Lo que meramente se trata es de

que los gastos administrativos en que incurra la Organización, en lo posible y repito, en lo posible, sean cargados a esos fondos extrapresupuestarios. Y quiero explicar claramente una excepción a estos gastos administrativos. Me refiero al caso del uso de lo que denominamos "trust funds", o sean fondos que un Gobierno, sobre todo de países en vías de desarrollo, deposita con la Organización para el manejo de ciertas actividades dentro de su propio país. Hay numerosos ejemplos de estos fondos procedentes, entre otros, de Brasil, Ecuador y México, en los cuales nosotros pensamos que no debemos cargar gastos administrativos para apoyo a esos programas, en vista de que eso forma parte de la cooperación técnica de la misma Organización dentro del tope asignado a ese país. De este modo no apartamos ni pensamos que debemos de tener un 10 o un 20% o cualquier porcentaje, para hacer frente a los gastos que implique el manejo de esos fondos especiales por cuenta del Gobierno. Creo que la lectura detenida de este documento por los especialistas en este campo aclarará muchas dudas que pudieran existir al respecto.

Aceptamos muy complacidos la sugerencia del señor Delegado de los Estados Unidos de América en el sentido de que presentemos al Comité Ejecutivo, en su reunión de junio-julio de 1979 un estudio comparativo de lo que ha costado a la OPS el manejo de fondos extrapresupuestarios entre los años de 1975 a 1977. Nos comprometemos a hacer el estudio y presentarlo al Comité para que lo considere y formule sus recomendaciones al Consejo Directivo en su reunión del año próximo.

Quizás el Dr. Cooney podría referirse concretamente a los puntos mencionados por el Sr. Andrews.

Dr. COONEY (Chief, Budget and Finance): I would just like to add one more comment: we will be coordinating and following the activities of the Intergovernmental Working Group in their efforts to come up with a simplified formula for program support costs and in anything that can be adapted to PAHO or which would give us a more simplified or more common basis for program support costs. We would be both implementing these measures and bringing them to the attention of the Governing Bodies.

El Dr. ACUÑA (Director): El Comité Ejecutivo pidió que la Conferencia decidiera sobre este asunto y solo hemos escuchado las opiniones de los Delegados de los Estados Unidos de América y del Canadá. Por tanto, deseáramos saber si la Conferencia estaría dispuesta a aceptar un proyecto de resolución tal y como lo propuso el Comité Ejecutivo, aprobando, en principio, la política general establecida por la OPS para que el costo de los servicios técnicos y administrativos de apoyo, para la eficiente y efectiva ejecución de los programas o proyectos financiados con fondos extrapresupuestales, sean, en lo posible, financiados de esos mismos fondos, de acuerdo con la política establecida y definida en el documento presentado.

Quisiera que ustedes consideraran igualmente en ese proyecto de resolución la posibilidad de autorizar al Director, cuando sea posible, a cargar en esos fondos proporcionados para actividades extrapresupuestarias, cualquier

porcentaje--repito cualquier porcentaje--que sea requerido para sufragar los costos de administración de esos fondos, en el entendido que ese porcentaje tendrá que variar dependiendo del donador y de la política del mismo donador, ya que algunos de ellos tienen establecido un porcentaje para estos gastos y otros no aceptan ningún porcentaje para los mismos.

Por último, quizás el proyecto de resolución podría incluir algún inciso referente a la propuesta del Delegado de los Estados Unidos de América, de que continuemos examinando este asunto en detalle y en forma comparativa y que presentemos un estudio al Comité Ejecutivo en su reunión de junio-julio de 1979.

No se si en principio esto sería aceptable, señor Presidente, para proceder inmediatamente a preparar el proyecto de resolución correspondiente.

The PRESIDENT: Are the principles that the Director has enunciated acceptable to the Conference? If they are, then I would ask the Director to draft a resolution to that effect in response to the request of the Executive Committee.

PROPOSED RESOLUTIONS PENDING APPROVAL  
PROYECTOS DE RESOLUCION PENDIENTES DE APROBACION

Item 29: Extension of Health Services to the Underserved Population in Rural and Urban Areas (conclusion)  
Tema 29: Extensión de los servicios de salud a la población subatendida de las zonas rurales y urbanas (conclusión)

El RELATOR: El proyecto de resolución sobre el tema dice así:

"THE XX PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Convinced that the existing inequalities in the health status of people is politically, socially, and economically unacceptable and is of common concern to all countries;

Recognizing that primary health care requires strong and continued political commitment at all levels of government based upon the full understanding and support of the people;

Considering that a commitment was made to these concepts by the Ministers of Health of the Americas in their IV Special Meeting in Washington, D.C., in September 1977, as stated in Resolution XIV of the XXV Meeting of the Directing Council;

Recognizing that the results of the international conference on Primary Health Care at Alma Ata, USSR, in September 1978 confirmed and reinforced this hemispheric policy on the strategies of primary health care and community participation as a means for raising the levels of health and welfare of the people;

Considering that each country must adjust and apply these strategies in keeping with the demographic, cultural, social, and economic characteristics of urban and rural areas, and must include the development of appropriate technologies to make them workable;

Recognizing that health is dependent on social and economic development and also contributes to it, and that Governments should incorporate primary health care strategy within their national development plans, emphasizing intersectoral action; and

Considering the necessity of preparing for evaluation of the Ten-Year Health Plan for the Americas and the importance of continuing systematic evaluation thereafter, and recognizing the necessity of having criteria which will facilitate comparisons both within and between countries,

RESOLVES:

1. To urge those Governments that have not yet completed their plans for extending health services to all their people to give priority to this task.
2. To encourage all Governments to expedite the implementation of their policies and plans they have made for covering their populations, and at the same time to evaluate systematically their programs and revise their policies and plans accordingly.
3. To request the Director to give priority to the systematic development and dissemination of criteria to be used by all countries in evaluating the extension of health services.
4. To recommend that Governments include primary health care as a part of overall health care, with due attention to the various levels of care, referral systems, supervision, etc., at the same time taking account of the essential relationships between health and other sectors of development.
5. To request the Director to intercede on behalf of the Member Governments with the international funding agencies, asking them to review and align their policies with respect to national policies, with particular attention to the essential role of health development.

6. To request the Director to facilitate the exchange among countries of experiences, expertise, training materials, and information regarding appropriate technologies as relevant to the implementation of extension of health service coverage policies and plans.

7. To urge all Member Governments to recognize the historic importance of the Alma Ata Conference, to adhere to the Declaration, and to implement the recommendations of the Conference.

8. To request the Director to report on the results of these actions to the next meeting of the Directing Council."

**"LA XX CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,**

Convencida de que las desigualdades existentes en materia de salud para el pueblo resultan política, social y económicamente inaceptables y constituyen una preocupación común a todos los países;

Reconociendo que la atención primaria de salud requiere un compromiso político firme y continuo a todos los niveles de gobierno, basado en una comprensión y un apoyo plenos a la población;

Considerando que en la IV Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas celebrada en Washington, D.C., en septiembre de 1977 se llegó a un compromiso sobre esos conceptos, según se indica en la Resolución XIV de la XXV Reunión del Consejo Directivo;

Reconociendo que los resultados de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud celebrada en Alma Ata, URSS, en septiembre de 1978, confirman y refuerzan la política hemisférica sobre la estrategia de la atención primaria de salud y sobre la participación de la comunidad como medio para elevar los niveles de salud y bienestar de los pueblos;

Considerando que cada país tiene que ajustar y aplicar esas estrategias de acuerdo con las características demográficas, culturales, sociales y económicas de las áreas urbanas y rurales, e incluir el desarrollo de tecnologías apropiadas que las hagan factibles;

Reconociendo que la salud depende del desarrollo económico y social y también contribuye a él, y que los gobiernos deben incorporar la estrategia de atención primaria de salud a sus planes nacionales de desarrollo, subrayando su carácter intersectorial;

Considerando la necesidad de preparar la evaluación del Plan Decenal de Salud para las Américas y la importancia de proseguir con la evaluación sistemática, y reconociendo la necesidad de disponer de criterios que faciliten la comparación dentro de los países y entre ellos,

**RESUELVE:**

1. Instar a los Gobiernos que todavía no hayan completado sus planes para extender los servicios de salud a la totalidad de su población a dar prioridad a esa tarea.

2. Alentar a todos los Gobiernos a que aceleren la puesta en práctica de las políticas y los planes que hayan hecho para lograr la cobertura de su población, evaluando sistemáticamente los progresos que se realicen y revisando en consecuencia sus políticas y sus planes.

3. Pedir al Director que dé prioridad al establecimiento y la difusión sistemáticos de los criterios que han de utilizar todos los países al evaluar la extensión de los servicios de salud.

4. Recomendar a los Gobiernos que incorporen la atención primaria de salud como parte de la asistencia general de salud, prestando atención a los diversos niveles de asistencia, los sistemas de remisión de pacientes, la supervisión, etc., y teniendo en cuenta al mismo tiempo las relaciones esenciales de la salud con los demás sectores del desarrollo.

5. Pedir al Director que interceda en nombre de los Gobiernos Miembros ante los organismos internacionales de financiación para que revisen sus políticas y las adapten a las prioridades nacionales, prestando atención especial a la función esencial de la salud en el desarrollo.

6. Pedir al Director que facilite el intercambio entre países de las experiencias, los conocimientos técnicos, el material docente y las informaciones sobre tecnologías adecuadas que convengan para la puesta en práctica de las políticas y los planes de extensión de la cobertura.

7. Instar a todos los Gobiernos Miembros a que reconozcan la importancia histórica de la Conferencia de Alma Ata, a que se adhieran a su Declaración y a que pongan en práctica las Recomendaciones de la Conferencia.

8. Pedir al Director que informe sobre el resultado de estas acciones a la próxima reunión del Consejo Directivo".

The PRESIDENT: Are there any comments on the proposed resolution?

Dr. DOUG-DEEN (Trinidad and Tobago): There are two things that I think we should make quite clear. One is the stress on preventive as opposed to curative medicine. The other is the need for a multisectoral approach by Governments. If the Conference approves, I would like to suggest how this could easily be included in the proposed resolution. In paragraph four in the third line, the idea is expressed but very weakly. I would propose that after "etc." the rest of the paragraph be deleted. Further, I would suggest that a new, separate paragraph five be included, which would read as follows: "To urge the Governments to give due regard to the need for adopting a multisectoral approach to the promotion of health and for placing special emphasis on the preventive aspects of health service delivery." The former paragraph five would become six; six, seven; and so on, resulting in eight rather than nine paragraphs.

Dr. MOODY (Jamaica): I would like first to take up the point just made by the distinguished Delegate from Trinidad and Tobago. I think the essential relationship between health and other sectors of development is very important, particularly in the implementation of primary health care, and would not agree that reference to it should be omitted.

In addition, I would like to make a few observations, particularly on the question of evaluation. Jamaica is very concerned about the evaluation of this program. 1980 is very nearly upon us. As of now we have no criteria for evaluation, nor do we know in what form we should present the data. It is unrealistic to present countries with a request for specific data at the last minute when the system of data collection may not be adequate for what is required. We feel that we should know now what kind of evaluation would be conducted at the end of 1980 and what kind of data we should be preparing, in order to be able to evaluate our programs.

References have been made to a working party in connection with the extension of coverage, but we are not very clear exactly as to what this means. Is this a standing working party on primary health care? If so, what is its composition and its specific tasks? Is it already involved in program evaluation?

References have also been made to an evaluation carried out in 1976 of the purposes and plans for the decade. Since 1976 we in Jamaica have had a complete change in senior staff in our Ministry of Health. This evaluation comes as completely new to me. Could the criteria for this evaluation and its results be circulated? I suspect that there may be other countries in the same dilemma. We do of course concur in the importance of specific evaluations.

We carried out a kind of evaluation process for the Special Meeting of Ministers of Health of the Americas, held last year, but nothing of a formal nature. It was a somewhat vague, conceptual, narrative evaluation, without the collection of specific data from which to evaluate.



We also feel it is important that there be some means of producing criteria that will make it possible to do some kind of an evaluation among the countries and the programs of the Region. We need something we can use as the basis for comparison and evaluation among our countries as well as within them.

Dr. ACUÑA (Director): Dr. Moody, the mid-term evaluation of the Ten-Year Health Plan was presented to the Directing Council of PAHO two years ago in Mexico City. It is available and of course contains very interesting comparative data about primary health care and the extension of coverage. Last year, in Resolution XIV of the Directing Council, the Director was instructed to assist the Governments in making an assessment of this situation vis-a-vis primary health care and the extension of coverage, in order to present their assessments as a contribution of the Region of the Americas to the International Conference on Primary Health Care, held in Alma Ata. This document was distributed in Alma Ata and contains an assessment of the situation in Jamaica and 27 other countries.

Paragraph three of the proposed resolution reads: "To request the Director to give priority to the systematic development and dissemination of criteria to be used by all countries in evaluating the extension of health services." The point you have made is very well expressed. We fully understand your needs in this respect. We can only promise that if this resolution is passed by the Conference, we will give the necessary priority to the development of these criteria.

El Dr. CRUZ (Chile): En el párrafo cuatro de la parte dispositiva del proyecto de resolución, en el texto en español, se habla de "diversos niveles de asistencia". Creo conveniente mantener la misma terminología. En el mismo párrafo se dice "sistemas de remisión de pacientes" y creo que es más correcto usar la expresión "sistemas de referencia de pacientes".

En el primer párrafo de la parte expositiva, donde dice "desigualdades existentes en materia de salud para el pueblo", estimo que debía decir "desigualdades en materia de salud de la población". La desigualdad no siempre tiene lugar contra las personas de menor ingreso, a veces las de ingreso medio tienen desigualdades mucho más graves o están más desprovistas de atención médica que las personas que tienen derecho adherirse al sistema estatal. De tal manera, que pediría que se utilice el término "población" que tiene un sentido más amplio.

En cuanto al contenido mismo del proyecto de resolución, opino que el punto planteado por la Delegada de Jamaica es de gran importancia, porque siempre nos encontramos ante el problema de evaluar cosas cuya evaluación no hemos planificado antes y no podemos hacerlo entonces, o sea que resultaría muy útil adelantarnos para evitar estas dificultades. Creo que se podría avanzar incluso un poco más, para que esta discusión sistemática sea no solamente sobre los criterios sino que también debíamos proponer definiciones y para tratar de emplear términos similares, ya que cuando hablamos de nivel primario, nosotros probablemente estamos pensando en una cosa totalmente distinta que cuando se habla del nivel primario en Colombia, Jamaica, o en otro país. De tal manera que sería útil que tuviéramos por lo menos algunos términos

básicos. La ventaja de esto es evidente; por ejemplo, cuando hablamos de la erradicación, todos entendemos lo que se quiere decir. Definir, desde luego, no es fácil, pero podríamos tratar de adoptar algunas definiciones en común, aceptarlas y usarlas.

Volviendo al párrafo cuatro de la parte dispositiva, donde dice consideren que "recomendará a los Gobiernos que incorporen la atención primaria", eso puede interpretarse como que ningún Gobierno la tiene incorporada, y yo creo que la mayor parte si la tiene, sería preferible decir "recomendar a los Gobiernos que incorporen y desarrollen la atención primaria". El desarrollo es importante, porque no basta incorporar; lo que tenemos hay que desarrollarlo, y al desarrollarlo y hacerlo crecer,--que es lo más difícil--hay que hacerlo de tal manera que resulte concordante, armónico, con los demás niveles, a fin de que contemos con un sistema coordinado capaz de operar.

Dr. CHRISTIAN (United States of America): We would like to draw your attention to paragraph five of the proposed resolution which in the English version reads: "To request the Director to intercede on behalf of the Member Governments with the international funding agencies, asking them to review and align their policies with respect to national policies, with particular attention to the essential role of health development." We would like it to read: "... to the essential role of health in this development."

The PRESIDENT: If there are no other suggested amendments, let me ask if those that have been made are acceptable. I will repeat them briefly. In paragraph three under "Resolves" it is suggested that we modify the sentence to read "development and dissemination of definitions and criteria..." Paragraph four would read "...Governments include and develop primarily health care as a part of the overall health care, with due attention to the various levels of care, referral systems, supervision, etc. Then paragraph five would read: "To urge Governments to give due regard to the need for adopting a multi-sectoral approach to the promotion of health and for placing special emphasis on the preventive aspects of health care delivery. Former paragraph five would become six, and the last line of that paragraph would read "...with particular attention to the essential role of health in development." The remaining three paragraphs would be renumbered seven, eight, and nine.

The Executive Committee has suggested that paragraph five of the preamble read: "...and economic characteristics of urban and rural areas, and must pursue the economic development of appropriate technologies to make them workable."

Dr. MURRAY (Barbados): I just want to make one small point with regard to paragraph five. Could we not reflect the extensive discussion that was held this morning by saying: "...the essential role of primary health care in developing countries?"

El Dr. ACUÑA (Director): En cuanto a la propuesta de la Sra. Delegada de Barbados, considero que no podemos ser muy precisos en este punto, pues si hablamos de servicios primarios de salud, estamos limitando el financiamiento de instituciones de crédito de ese aspecto nada más. Yo creo que los servicios primarios de salud necesitan el desarrollo de todo un sistema para poder extender

la cobertura con servicios primarios. En otras palabras, un país puede obtener un préstamo para establecer centros de salud periféricos a un hospital, pero quizás también requiera el préstamo para incrementar el número de camas del hospital. Y si ponemos hincapié en servicios primarios en este aspecto, nos estaríamos limitando únicamente a préstamos para los servicios primarios y no para el resto del sistema de servicios de salud.

Dr. MURRAY (Barbados): I would then withdraw the suggestion.

The PRESIDENT: Delegates have heard the amendments to the proposed resolution. Are there any comments?

El Dr. CRUZ (Chile): Señor Presidente, quiero pedirle que pregunte si también habría acuerdo en cuanto a las enmiendas propuestas al texto en español.

The PRESIDENT: Are there any objections to the draft resolution as amended in English and Spanish? In the absence of any objections, I declare the draft resolution, as amended, duly adopted.

Decision: The proposed resolution, as amended, was unanimously approved.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución en su forma enmendada.

Item 32: Pan American Centers (conclusion)  
Tema 32: Centros Panamericanos (conclusión)

El RELATOR: El proyecto de resolución sobre el tema dice así:

"THE XX PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Having examined Document CSP20/3, and annexes, concerning the institutions designated as Pan American Centers;

Considering that these institutions are an integral component of the respective PAHO program, and constitute an effective mechanism for combining the functions of advisory services, teaching, research, and dissemination of information, in accordance with the needs of the countries and the state of technological development in the field;

Noting that efforts of such Centers have a unique role in furthering technical cooperation among developing countries;

Recognizing that under certain circumstances a national center, by agreement between the Government and PAHO, may provide the functions of an international center, utilizing PAHO project support without requiring PAHO administration; and

Noting that the term "Pan American Center" has hitherto been applied indiscriminately both to centers entirely dependent on PAHO and to national centers,

RESOLVES:

1. To thank the Director for the comprehensive report on PAHO Centers.
2. To limit the term "Pan American Center" to those whose technical, administrative and financial affairs are handled by PAHO.
3. To accept in principle the recommendations concerning: the criteria that distinguish a Center; the procedure for establishing and disestablishing a Center; and the standards and conditions for designation of an Associated National Center.

4. To direct that any proposal for the establishment, disestablishment or transfer of any Pan American Center be routinely submitted to the Executive Committee and the Directing Council and be accompanied by a complete study.

5. To recommend that the Director study the specific recommendations for the improvement of operation of the Centers, noting that many of these recommendations relate to the total PAHO program and not to Centers per se, and to implement those recommendations that are feasible.

6. To request the Director to commence the regular evaluation process of each Center called for in the report and to entrust the Executive Committee with design of appropriate evaluation methods and review of the evaluation reports.

7. To request that the report presented by the Working Group be completed by describing in greater detail each individual Center, and to ask the Director to submit this to the next meeting of the Directing Council."

'LA XX CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el Documento CSP20/3 con sus anexos, relativo a las instituciones denominadas Centros Panamericanos;

Considerando que estas instituciones forman parte integrante del programa respectivo de la OPS y constituyen un mecanismo eficaz para combinar las funciones de servicios consultivos, educación, investigación y difusión de información, de conformidad con las necesidades de los países y el estado de desarrollo tecnológico en el sector;

Enterada de que las actividades de los mencionados Centros son una función singular de promoción de la cooperación técnica entre países en desarrollo;

Reconociendo que en ciertas circunstancias un centro nacional, en virtud de un acuerdo entre el Gobierno y la OPS, podría cumplir funciones de centro internacional, con apoyo de un proyecto de la OPS, sin necesidad de la gestión administrativa de ésta, y

Enterada de que hasta ahora se ha aplicado el término de Centros Panamericanos de manera indistinta, tanto a centros totalmente dependientes de la OPS como a centros nacionales,

## RESUELVE:

1. Agradecer al Director su amplio informe sobre los Centros de la OPS.
2. Aplicar el término de Centro Panamericano solo a aquellos cuyos asuntos técnicos, administrativos y financieros son dirigidos por la OPS.
3. Aceptar, en principio, las recomendaciones relativas a los criterios que caracterizan un centro, el procedimiento para establecer y suprimir un centro, y las normas y condiciones para la designación de un Centro Nacional Asociado.
4. Encargar que toda propuesta para establecer, suprimir o trasladar un Centro Panamericano sea sometida sistemáticamente a consideración del Comité Ejecutivo y del Consejo Directivo, la que debe ir acompañada de un estudio completo.
5. Recomendar al Director que estudie las recomendaciones específicas para mejorar el funcionamiento de los Centros, teniendo presente que muchas de ellas se refieren a la totalidad del programa de la OPS y no a los Centros mismos, y que aplique las recomendaciones que sean factibles.
6. Pedir al Director que inicie el proceso de evaluación periódica de cada uno de los centros que se pide en el Informe y encargar al Comité Ejecutivo que elabore métodos apropiados de evaluación y examine los informes de evaluación.
7. Solicitar que se complete el Informe presentado por el Grupo de Trabajo, describiendo con más detalle cada uno de los Centros y pedir al Director que presente dicho informe en la próxima reunión del Consejo Directivo".

The PRESIDENT. Delegates have heard the proposed resolution. Is there any objection to its being adopted as read?

There being none, I declare the resolution unanimously adopted.

Decision: The proposed resolution was unanimously approved.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución.

Item 37: Costs of Administering Grant Funds (conclusion)

Tema 37: Gastos de administración de los fondos de subvenciones (conclusión)

El RELATOR: El proyecto de resolución sobre el tema dice así:

"THE XX PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Having considered the report of the Director on the costs of administering grant funds (Document CSP20/19);

Bearing in mind the increased emphasis on obtaining extrabudgetary funds; and

Recognizing the need to maintain the funds of the regular budget for financing the approved programs of the Organization,

RESOLVES:

1. To approve the general policy established by the Director that the full cost of the technical and administrative services and support for the efficient and effective implementation by PAHO of programs/projects financed from extrabudgetary funds should, as far as possible, be financed from such funds.

2. To authorize the Director, whenever appropriate, to charge against the amount of funds provided for extrabudgetary activities whatever percentage may be required in each case to defray the costs of administering those funds.

3. To request the Director to continue studying the matter and to report on it to the Meeting of the Executive Committee in June 1979."

"LA XX CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el informe del Director sobre los gastos de administración de los fondos de subvenciones (Documento CSP20/19);

Teniendo en cuenta la creciente importancia que se concede a la obtención de fondos extrapresupuestarios, y

Reconociendo la necesidad de mantener los fondos del presupuesto ordinario para financiar los programas aprobados de la Organización,

RESUELVE:

1. Aprobar la política general establecida por el Director de que el importe total de los servicios técnicos y administrativos y del apoyo indispensable para que la OPS realice con la debida eficacia los programas/proyectos costeados con fondos extrapresupuestarios deberá financiarse, en lo posible, con fondos de esa naturaleza.

2. Autorizar al Director a que, cuando sea conducente, cargue sobre el monto de los fondos obtenidos para actividades financiadas con fondos extrapresupuestarios el porcentaje que, en cada caso, sea necesario para sufragar los gastos de administración de dichos fondos.

3. Pedir al Director que prosiga el estudio de esta cuestión y que informe al respecto en la Reunión del Comité Ejecutivo de junio de 1979".

El Dr. ACUÑA (Director): Quisiera sugerir que, en vista de que la fecha de la Reunión del Comité Ejecutivo se establece de común acuerdo entre el Presidente del Comité Ejecutivo y el Director, tradicionalmente, entre junio y julio, en el párrafo 3 del proyecto de resolución, se diga "de junio-julio".

Decision: The proposed resolution, as amended, was unanimously approved.

Decisión: Se aprueba el proyecto de resolución con la enmienda propuesta.

The PRESIDENT: Are there any further comments?

In the absence of any objections, I declare the draft resolution, as amended, duly adopted.

Decision: The proposed resolution, as amended, was unanimously approved.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución, en su forma enmendada.

Item 35: Sociocultural Obstacles to Health Service Delivery (conclusion)  
Tema 35: Obstáculos socioculturales en la prestación de los servicios de salud (conclusión)

El RELATOR: El proyecto de resolución sobre el tema dice así:

"THE XX PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Considering that the present health care system often encounters cultural obstructions because of its highly indiscriminating infrastructure;

Considering that the health educational and information apparatus is also a cultural intrusion into the community;

Considering that the responsibility for health care has traditionally been borne by the medical profession and not the community; and

Considering that the patient has his own interpretation of levels of care, superstitions or systems of belief which may not accord with the present health service delivery system,



## RESOLVES:

1. To recommend to the Director that he gives firm support to research designed to discover and develop procedures and instruments of communication as a means to improve health service systems.

2. To recommend to PAHO and the Member Governments that more emphasis be placed on expanding and intensifying research in the sociocultural aspects of health in community life and of the health service delivery system, as detailed in the recommendations put forward in the Final Report of the First Meeting of Specialists for the multidisciplinary analysis of sociocultural problems affecting health measures in the countries of the Andean subregional area."

"LA XX CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Considerando que el sistema actual de atención de salud presenta frecuentemente obstrucciones de tipo cultural a causa del carácter altamente indiscriminado de su infraestructura;

Considerando que todo el mecanismo de educación e información en salud es igualmente una intromisión cultural en la comunidad;

Considerando que la responsabilidad por la atención de salud ha recaído tradicionalmente en los profesionales de la medicina y no en la comunidad;

Considerando que el paciente tiene su propia interpretación de los niveles de atención, supersticiones o sistemas de creencias propios que pueden no concordar con el actual sistema de prestación de atención de salud,

## RESUELVE:

1. Recomendar al Director que preste decidido apoyo a las investigaciones destinadas a descubrir y desarrollar procedimientos e instrumentos de comunicación como medio para mejorar los sistemas de atención de salud.

2. Recomendar a la OPS y a los Gobiernos Miembros que pongan el mayor empeño en la ampliación e intensificación de la investigación de los aspectos socioculturales de la salud en la vida de la comunidad y del sistema de prestación de atención de salud, tal como se especifica en las recomendaciones del Informe Final de la Primera Reunión de Especialistas para el Análisis Multidisciplinario de los Problemas Socioculturales que Afectan a las Acciones de Salud en los Países del Area Subregional Andina".

Dr. CHRISTIAN (United States of America): In the English version reference to the health educational and information system as a "cultural modification" should read a "cultural intrusion."

El RELATOR: Efectivamente, al hacer la traducción hemos preferido utilizar el término "intrusión" por "modificación" por entender que en el idioma español tiene un sentido de agresión y que debemos evitarlo.

El Dr. GOMEZ (Colombia): Deseo proponer que en la parte dispositiva se añada un párrafo en el que se incluya una felicitación al Ecuador por la presentación de este trabajo a la consideración de la Conferencia.

The PRESIDENT: We still need to clarify the wording of "intrusion" versus "modification." It would appear that the word "intrusion" was intended because the educational programs are often aggressive and intrusive.

Dr. CHRISTIAN (United States of America): The word "intrusion" came from the English translation of the Ecuadorean paper. Perhaps in Spanish "modification" might be preferred, but in English we would prefer "intrusion."

El Dr. EGAS (Ecuador): Quisiera agradecer al Delegado de Colombia por su bondadosa atención para nuestra Delegación.

En segundo lugar, deseo manifestar, en relación con la pregunta de la Delegada de los Estados Unidos de América, que desde el punto de vista cultural, se habla de "intromisión". No sé si ese término equivale en inglés a intrusión, pero tal como está en el texto es "intromisión cultural". Creo que parece que tiene alguna connotación de carácter sociológico. De todas maneras, el Relator pudiera utilizar el término más adecuado.

The PRESIDENT: Are there any further comments on this point?

In the absence of any objection, I declare the proposed resolution, as amended, duly adopted.

Decision: The proposed resolution, as amended, was unanimously approved.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución, en su forma enmendada.

ITEM 40: OTHER MATTERS  
TEMA 40: OTROS ASUNTOS

El Dr. ACUÑA (Director): Señor Presidente, señores delegados, ha sido costumbre, cuando se celebra una conferencia fuera de la Sede, aprobar una resolución expresando los agradecimientos correspondientes al pueblo y al Gobierno huésped. Si ustedes están de acuerdo con esto, aunque obviamente mañana en la sesión de clausura expresaremos nuestro agradecimiento en otro sentido, yo quisiera saber si se aceptaría que el Relator agregara al Informe Final una resolución agradeciendo al Gobierno y al pueblo de Grenada por las facilidades ofrecidas y la hospitalidad con que ha recibido a la XX Conferencia Sanitaria Panamericana.

El Dr. COSTA (Brasil): Considero que todos los delegados estaríamos cumpliendo con un agradable deber al agradecer al Gobierno de Grenada su invitación para que tuviera lugar en este país la Conferencia, y su cooperación en la celebración de la misma.

El Dr. EGAS (Ecuador): Deseo dejar constancia de nuestro agradecimiento a todo el personal de la Secretaría de la OPS, que tan brillantemente ha desempeñado sus labores para que pudiéramos cumplir con la difícil tarea de considerar todos los problemas analizados.

El Dr. CRUZ (Chile): Estoy de acuerdo en que se apruebe una resolución expresando el agradecimiento al Gobierno de Grenada, pero quisiera pedir que esta se saliera un poco de los moldes tradicionales, porque creo que hay que hacer hincapié en algo muy especial que resalta en este país: La alegría y la hospitalidad del pueblo. Personalmente no he visto en ninguna parte personas tan alegres, que hacen al extranjero sentirse como en su casa y bienvenido. Creo que sería conveniente que esto constara en la resolución.

The PRESIDENT: We understand that all the delegates are in agreement in that we should prepare a resolution extending our appreciation to the Government of Grenada for the hospitality and assistance that has been provided in making this Conference successful.

I would like to express my appreciation to the delegates present for helping us to move so briskly through a full schedule.

Likewise I am sure all of us participating in this Conference would like to express our appreciation to the PAHO staff for having done such a superb job in supporting us.

The session rose at 1:15 p.m.  
Se levanta la sesión a la 1:15 p.m.



# XX PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE

## XXX REGIONAL COMMITTEE MEETING

ST. GEORGE'S, GRENADA  
SEPTEMBER - OCTOBER 1978

Thursday, 5 October 1978, at 9:20 a.m.  
Jueves, 5 de octubre 1978, a las 9:20 a.m.

CSP20/MP/CL  
5 October 1978  
ORIGINAL: ENGLISH-SPANISH

### PROVISIONAL VERBATIM RECORD OF THE CLOSING SESSION ACTA PROVISIONAL TAQUIGRAFICA DE LA SESION DE CLAUSURA

President:  
Presidente:

Mr. H. J. Preudhomme

Grenada

#### Contents Indice

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

- Note: This verbatim record is provisional. Delegates are therefore requested to notify the Pan American Sanitary Bureau (Conference Services) of any changes they wish to have made in the text. The texts of the verbatim records will be published in the Proceedings of the Meeting.
- Nota: Esta acta taquigráfica es provisional. Se ruega a los señores Delegados tengan a bien comunicar a la Oficina Sanitaria Panamericana (Servicio de Conferencias) las modificaciones que deseen ver introducidas en el texto. Los textos de las actas taquigráficas se publicarán en las Actas de la Reunión.

The PRESIDENT: I now call this session to order and I would request the Rapporteur to deal with the Final Report.

READING, APPROVAL, AND SIGNING OF THE FINAL REPORT  
LECTURA, APROBACION Y FIRMA DEL INFORME FINAL

El RELATOR: Vamos a dar lectura al Informe Final de la Conferencia.

The Rapporteur read the preamble, the titles of the 34 resolutions and the signature page of the Final Report of the Conference.  
El Relator lee el preambulo, los títulos de las 34 resoluciones y la página de firmas del Informe Final de la Conferencia.

The PRESIDENT: Are there any comments on the Final Report?

Dr. BRYANT (United States of America): I presume that if we find a problem here, we are to draw it to the attention of the Conference. I would request a simple change: as we agreed, in Resolution XXX, paragraph 6, the last phrase should read: "... with particular attention to the essential role of health in development." The word "in" was not inserted and it does change the meaning of the phrase considerably.

The SECRETARY: The Delegate of the United States of America is quite correct: the plenary session did approve the terminology: "the essential role of health in development" in paragraph 6 of Resolution XXX. We will see to it that the appropriate changes are made in both the Spanish and the English texts.

The PRESIDENT: Are there any other comments on the Final Report?

Le Dr BROYELLE (France): Dans mon exemplaire qui est en anglais, ne figure pas la nomination du Directeur. J'espère que c'est une erreur qui ne s'est pas répétée dans les autres exemplaires.

Dr. MOODY (Jamaica): I would like to take this opportunity on behalf of my country to congratulate the President and the Director on this Conference. We feel it has been a very productive one and that some very important decisions regarding the policy of PAHO have been made. We would like to congratulate the Director on his reappointment and to wish him every success in his tenure of office over the next four years. We hope that we shall see some action taken on the resolutions that have been adopted here.

Many references have been made to the length of these meetings. In that regard, I would like to make a suggestion. It is my feeling that we cannot cut out the Ministers' country reports. I agree with Dr. Acuña that these are an extremely important part of these meetings. I feel, however, that perhaps we could formalize these reports more and that we could have them circulated as a document. Possibly, with the new format of the budget document--a format for whose changes I would like to congratulate the Director--such a formalization of reports would not be necessary. If the

reports are circulated, each Minister, in a short speech, could merely make reference to any points he wanted to add, rather than repeat all the details of the country report.

I would also like to suggest that we could perhaps give the Executive Committee the authority to look into certain matters, take decisions for us, and then inform us of them, rather than our having a full-scale discussion again on these subjects. The Conference and the Directing Council elect the Executive Committee to represent them, and they should be given the confidence and authority to work seriously on their behalf.

Dr. BRYANT (United States of America): I would like to second Dr. Moody's remarks and to extend the words of appreciation expressed in Resolution XXXIV to the Government and people of Grenada. My Delegation simply wants to say how genuinely appreciative we are of the warm and deep hospitality of the Grenadian people and their friendliness at every level.

Dr. BAKER (United Kingdom): I would like to associate my Delegation with the warm feelings of felicitation that have been expressed by the previous speakers. There are two other groups of people we should like to thank as well. Our interpreters, from whom we have received very fine service, and the Ladies' Hospitality Committee, which has made possible an absolutely splendid time for those of us who brought our wives here.

The Final Report was then signed by Mr. Herbert J. Preudhomme, President of the XX 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 Sr. Herbert J. Preudhomme, Presidente de la XX Conferencia Sanitaria Panamericana, y el Dr. Héctor R. Acuña, Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, Secretario ex officio de la Conferencia.

The PRESIDENT: I shall now give the floor to Dr. Acuña, Director of the Pan American Sanitary Bureau.

El Dr. ACUÑA (Director): Ha sido verdaderamente un privilegio extraordinario que ustedes hayan decidido el año pasado, por resolución del Consejo Directivo, celebrar la XX Conferencia Sanitaria Panamericana en Grenada. Encuentro, como ustedes lo han hecho notar tan claramente, que la hospitalidad del Gobierno y del pueblo de Grenada ha sido excepcional. Pero como si eso fuera poco, el cielo, las playas y el paisaje de Grenada serán inolvidables para todos nosotros. Difícilmente encontraremos en el futuro un ambiente tan apropiado para la celebración de una Conferencia Sanitaria Panamericana.

Quisiera agradecer en nombre del Secretariado y el mío propio, al Gobierno del Primer Ministro Gairy, que ha sido representado tan eficientemente por su Excelencia el Ministro Preudhomme, Presidente de la XX Conferencia Sanitaria Panamericana, por las facilidades, la ayuda, el apoyo y la colaboración que prestó tanto al Secretariado como a los delegados, para que la Conferencia fuera un éxito.

Quiero también aprovechar este momento para agradecer a ustedes, los delegados de los 32 Gobiernos Miembros y Participantes de la Organización Panamericana de la Salud, por su participación y por su interés, que han hecho de esta Organización lo que es actualmente, orgullo de América y posiblemente del mundo.

Esta es una Organización incólume, una Organización que a través de sus 76 años de vida ha llegado a ser una de las más importantes, o quizá la más importante del Sistema Interamericano, y una de las piezas más importantes del sistema mundial de la Organización Mundial de la Salud. Pero esto es debido a su participación y a su interés por su Organización, y no tanto a la labor del Secretariado y mucho menos del Director.

Esta es su Organización y es la Organización que ustedes deben de moldear de acuerdo con sus deseos y sus intereses, y no de acuerdo con los deseos y los intereses del Director o del Secretariado. Esta Organización existe exclusivamente para servir a los Gobiernos y a los pueblos que contribuyen a hacer lo que la OPS es en la actualidad. Yo espero su continuado interés en los asuntos de esta Organización, que seguirá creciendo y que podrá ser modificada de acuerdo con sus deseos, siempre y cuando cuente con la participación de todos y cada uno de ustedes.

El Secretariado y el Director agradecen a ustedes la confianza que han depositado al reelegirme por un nuevo período de cuatro años. Prometemos a ustedes que el Director y el Secretariado van a hacer todo lo posible para cumplir con sus mandatos y con sus deseos para poder servir a los Gobiernos de las Américas en forma todavía más perfecta. Estaremos pendientes de sus prioridades y cambiaremos nuestro programa de cooperación en forma individual, de acuerdo con estas prioridades y según lo expresan los Gobiernos que ustedes representan.

Dijimos hace cuatro años que teníamos por delante un camino largo y lleno de obstáculos. Los cuatro años han demostrado claramente que los obstáculos están dentro y fuera de la Organización, pero también creo yo ha sido evidente que ustedes han antepuesto los intereses de la Organización a los intereses mezquinos de dentro y de fuera.

Nosotros les prometemos a ustedes seguir trabajando para bien de todos y no para bien de un solo país ni de un grupo de países. El Secretariado, que está compuesto en su gran mayoría por gente capaz, competente, seleccionada entre los mejores profesionales y técnicos del Hemisferio, seguirá contribuyendo en forma callada y simple para servir a ustedes cada día mejor.

Muchas gracias señor Presidente, muchas gracias señores delegados, que tengan un feliz retorno a sus respectivos países.

(APPLAUSE)  
(APLAUSOS)

The PRESIDENT: We have come to the end of this XX Pan American Sanitary Conference and XXX Meeting of the Regional Committee of the WHO for the Americas. The agenda, which appeared formidable at the outset, has been disposed of successfully and expeditiously. I would like to thank both Dr. Acuña and Dr. Williams for their guidance, and to thank you, distinguished delegates, for your valuable contribution and cooperation. I trust that all that was said and done at this Conference will redound to the benefit of our respective countries and the world in general. I would like to take this opportunity once more to extend sincere congratulations to Dr. Acuña upon his re-election to the office of Director of the Pan American Sanitary Bureau, and to those who will be working with him during the next four years. I know that the Bureau is in good hands and, with God's grace, all will be well.

During the next few days, you will be leaving to return to your respective homes. I realize that the business of the Conference has kept us very busy, and many of you did not have much time to enjoy the beauty of our island. I would like to extend an invitation to you to come again under more leisurely circumstances and enjoy to the fullest the sun, the sand, the spices and the warm hospitality of our people. I would also like to thank the distinguished delegates for the kind words they expressed in their Resolution and to assure them that it was an honor and privilege for my country to host this Conference, which, I understand, has been held in a Caribbean territory for the first time. I wish to assure you that we are very happy that you have come to be with us and to spend such an enjoyable and interesting time. Please convey to your Governments and people the warm greetings of the Prime Minister, the Government, and the people of Grenada.

(APPLAUSE)  
(APLAUSOS)

I now declare the XX Pan American Sanitary Conference duly closed.

The session rose at 10:00 a.m.  
Se levanta la sesión a las 10:00 a.m.