

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION

Pan American Sanitary Bureau, Regional Office of the

WORLD HEALTH ORGANIZATION

OFFICIAL DOCUMENT NO. 164

XX PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE

XXX Meeting

Regional Committee of the WHO

for the Americas

St. George's, Grenada

25 September-5 October 1978

MINUTES OF PLENARY SESSIONS

AND OF COMMITTEE



XXI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA

XXX Reunión

Comité Regional de la OMS

para las Américas

St. George's, Grenada

25 de septiembre-5 de octubre de 1978

ACTAS DE LAS SESIONES PLENARIAS

Y DE COMISION

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

DOCUMENTO OFICIAL NO. 164

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

OFFICIAL DOCUMENT NO. 164

XX PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE

XXX Meeting Regional Committee of the WHO for the Americas

St. George's, Grenada
25 September-5 October 1978

MINUTES OF PLENARY SESSIONS AND OF COMMITTEE



XX CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA

XXX Reunión Comité Regional de la OMS para las Américas

St. George's, Grenada
25 de septiembre-5 de octubre de 1978

ACTAS DE LAS SESIONES PLENARIAS Y DE COMISION

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

DOCUMENTO OFICIAL NO. 164

1979

ISBN 92 75 07164 0

TABLE OF CONTENTS
SUMARIO DE MATERIAS

VERBATIM MINUTES OF PLENARY SESSIONS
ACTAS TAQUIGRAFICAS DE LAS SESIONES PLENARIAS

<u>INAUGURAL SESSION (Monday, 25 September 1978, at 10:45 a.m.)</u>	
<u>SESION INAUGURAL (Lunes, 25 de septiembre de 1978, a las 10:45 a.m.)</u>	
Opening Address by the President of the XX Pan American Sanitary Conference, Mr. H. J. Preudhomme, Minister of Health and Housing of Grenada	1
Discurso inaugural del Presidente de la XX Conferencia Sanitaria Panamericana, Sr. H. J. Preudhomme, Ministro de Salud y Vivienda de Grenada	1
Invocation delivered by the Very Reverend Father Cyril Lamontagne, Vicar-General of Grenada	1
Invocación del Reverendísimo Pastor Cyril Lamontagne, Vicario General de Grenada	1
Address by Dr. H. Mahler, Director-General of the World Health Organization	2
Declaración del Dr. H. Mahler, Director General de la Organización Mundial de la Salud	2
Address by Senator the Honorable Henry L. Bullen, Minister of State for Home Affairs, Foreign Affairs, Information and Public Relations of Grenada	4
Discurso del Senador, Honorable Henry L. Bullen, Ministro de Estado para Asuntos Interiores, Asuntos Exteriores, Información y Relaciones Públicas de Grenada	4
Address by Dr. Kamaluddin Mohammed, Minister of Health and Local Government of Trinidad and Tobago and President of the 31st World Health Assembly	6
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	6
Address by Dr. Héctor R. Acuña, Director of the Pan American Sanitary Bureau	8
Discurso del Dr. Héctor R. Acuña, Director de la Oficina Sanitaria Panamericana	8
<u>FIRST PLENARY SESSION (Monday, 25 September 1978, at 9:00 a.m.)</u>	
<u>PRIMERA SESION PLENARIA (Lunes, 25 de septiembre de 1978, a las 9:00 a.m.)</u>	
Item 1: Opening of the Conference	16
Tema 1: Inauguración de la Conferencia	16
Item 2: Establishment of the Committee on Credentials	16
Tema 2: Constitución de la Comisión de Credenciales	16
First Report of the Committee on Credentials	16
Primer informe de la Comisión de Credenciales	16
Item 3: Election of the President, Two Vice-Presidents, and the Rapporteur	17
Tema 3: Elección del Presidente, dos Vicepresidentes y Relator	17
<u>SECOND PLENARY SESSION (Monday, 25 September 1978, at 12:15 p.m.)</u>	
<u>SEGUNDA SESION PLENARIA (Lunes, 25 de septiembre de 1978, a las 12:15 p.m.)</u>	
Item 3: Election of President, two Vice-Presidents, and the Rapporteur (conclusion)	18
Tema 3: Elección del presidente, dos Vicepresidentes y Relator (conclusión)	18

THIRD PLENARY SESSION (Monday, 25 September 1978, at 2:30 p.m.)
 TERCERA SESION PLENARIA (Lunes, 25 de septiembre de 1978, a las 2:30 p.m.)

Item 4: Establishment of a Working Party to Study the Application of Article 6-B of the PAHO Constitution	19
Tema 4: Establecimiento de un grupo de trabajo para estudiar la aplicación del Artículo 6-B de la Constitución de la OPS	19
Item 5: Adoption of the Agenda	19
Tema 5: Adopción del programa de temas	19
Item 6: Establishment of the Main Committees	24
Tema 6: Constitución de las comisiones principales	24
Item 7: Establishment of the General Committee	25
Tema 7: Constitución de la Comisión General	25

FOURTH PLENARY SESSION (Tuesday, 26 September 1978, at 9:00 a.m.)
 CUARTA SESION PLENARIA (Martes, 26 de septiembre de 1978, a las 9:00 a.m.)

First Report of the General Committee	26
Primer informe de la Comisión General	26
Item 8: Report on the Collection of Quota Contributions	27
Tema 8: Informe sobre la recaudación de las cuotas	27
Item 9: Annual Report of the Chairman of the Executive Committee	28
Tema 9: Informe anual del Presidente del Comité Ejecutivo	28
Second Report of the Committee on Credentials	34
Segundo informe de la Comisión de Credenciales	34
Item 10: Quadrennial Report, 1974-1977, and Annual Report, 1977, of the Director of the Pan American Sanitary Bureau	35
Tema 10: Informe Cuadrienal, 1974-1977, e Informe Anual, 1977, del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana	35
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	45
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 Conferencias Sanitarias Panamericanas	45
Report of the Delegation of Argentina	45
Informe de la Delegación de la Argentina	45
Report of the Delegation of Guatemala	48
Informe de la Delegación de Guatemala	48

FIFTH PLENARY SESSION (Tuesday, 26 September 1978, at 2:45 p.m.)
 QUINTA SESION PLENARIA (Martes, 26 de septiembre de 1978, a las 2:45 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 (<u>continuation</u>)	51
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 Conferencias Sanitarias Panamericanas (<u>continuación</u>)	51
Report of the Delegation of the United States of America	51
Informe de la Delegación de los Estados Unidos de América	51

Report of the Delegation of El Salvador	53
Informe de la Delegación de El Salvador	53
Report of the Delegation of Honduras	55
Informe de la Delegación de Honduras	55
Report of the Delegation of Cuba	61
Informe de la Delegación de Cuba	61
Report of the Delegation of Trinidad and Tobago	64
Informe de la Delegación de Trinidad y Tabago	64
Report of the Working Party on the Application of Article 6-B of the PAHO Constitution	67
Informe del grupo de trabajo para estudiar la aplicación del Artículo 6-B de la Constitución de la OPS	67
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 (<u>continuation</u>)	68
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 Conferencias Sanitarias Panamericanas (<u>continuación</u>)	68
Report of the Delegation of Panama	68
Informe de la Delegación de Panamá	68
Report of the Delegation of Canada	70
Informe de la Delegación de Canadá	70
Report of the Delegation of Jamaica	72
Informe de la Delegación de Jamaica	72
SIXTH PLENARY SESSION (<u>Wednesday, 27 September 1978, at 9:00 a.m.</u>)	
SEXTA SESION PLENARIA (<u>Miércoles, 27 de septiembre de 1978, a las 9:00 a.m.</u>)	
Address by Dr. David Tejada-de-Rivero, Assistant Director-General, WHO	76
Discurso del Dr. David Tejada de Rivero, Subdirector General, OMS	76
Second Report of the General Committee	78
Segundo informe de la Comisión General	78
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	79
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	79
Third Report of the Committee on Credentials	81
Tercer informe de la Comisión de Credenciales	81
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 (<u>continuation</u>)	84
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 (<u>continuación</u>)	84
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	85
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	85

SEVENTH PLENARY SESSION (Wednesday, 27 September 1978, at 2:45 p.m.)
 SEPTIMA SESION PLENARIA (Miércoles, 27 de septiembre de 1978, a las 2:45 p.m.)

Election of the Moderator and Rapporteur for the Technical Discussions	95
Elección del Director de Debates y del Relator de las Discusiones Técnicas	95
Item 17: Proposed Biennial Program and Budget Cycle for the Pan American Health Organization	95
Tema 17: Propuesta de un ciclo de programa y presupuesto bienal para la Organización Panamericana de la Salud	95
Item 18: Proposed Amendments to the Constitution of the Pan American Health Organization	100
Tema 18: Proyecto de enmiendas a la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud	100
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 (<u>continuation</u>)	107
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 Conferencias Sanitarias Panamericanas (<u>continuación</u>)	107
Report of the Delegation of Suriname	107
Informe de la Delegación de Suriname	107
Report of the Delegation of Bahamas	107
Informe de la Delegación de Bahamas	107
Report of the Delegation of Paraguay	110
Informe de la Delegación del Paraguay	110
Presentation of Dr. George Alleyne on Behalf of the Advisory Committee on Medical Research	113
Presentación del Dr. George Alleyne en nombre del Comité Asesor sobre Investigaciones Médicas	113
EIGHTH PLENARY SESSION (<u>Thursday, 28 September 1978, at 9:00 a.m.</u>)	
OCTAVA SESION PLENARIA (<u>Jueves, 28 de septiembre de 1978, a las 9:00 a.m.</u>)	
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 (<u>continuation</u>)	117
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 Conferencias Sanitarias Panamericanas (<u>continuación</u>)	117
Report of the Delegation of Colombia	117
Informe de la Delegación de Colombia	117
Report of the Delegation of Barbados	121
Informe de la Delegación de Barbados	121
Report of the Delegation of France	123
Informe de la Delegación de Francia	123
Report of the Delegation of Ecuador	127
Informe de la Delegación de Ecuador	127
Report of the Delegation of Venezuela	130
Informe de la Delegación de Venezuela	130

Report of the Delegation of Chile	132
Informe de la Delegación de Chile	132
Report of the Delegation of Brazil	133
Informe de la Delegación de Brasil	133
Report of the Delegation of Bolivia	137
Informe de la Delegación de Bolivia	137
Report of the Delegation of Costa Rica	140
Informe de la Delegación de Costa Rica	140
Report of the Delegation of Grenada	140
Informe de la Delegación de Grenada	140
Report of the Delegation of Nicaragua	142
Informe de la Delegación de Nicaragua	142
NINTH PLENARY SESSION (<u>Thursday, 28 September 1978, at 3:00 p.m.</u>)	
NOVENA SESION PLENARIA (<u>Jueves, 28 de septiembre de 1978, a las 3:00 p.m.</u>)	
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 (<u>continuation</u>)	146
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 Conferencias Sanitarias Panamericanas (<u>continuación</u>)	146
Report of the Delegation of Guyana	146
Informe de la Delegación de Guyana	146
Report of the Delegation of Uruguay	148
Informe de la Delegación del Uruguay	148
Report of the Delegation of Peru	150
Informe de la Delegación del Perú	150
Report of the Delegation of the Dominican Republic	152
Informe de la Delegación de la República Dominicana	152
Third Report of the General Committee	155
Tercer informe de la Comisión General	155
Item 13: Financial Report of the Director and Report of the External Auditor for 1977	156
Tema 13: Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspon- dientes a 1977	156
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	159
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	159
TENTH PLENARY SESSION (<u>Monday, 2 October 1978, at 9:00 a.m.</u>)	
DECIMA SESION PLENARIA (<u>Lunes, 2 de octubre de 1978, a las 9:00 a.m.</u>)	
Consideration of Proposed Resolutions Pending Approval	167
Consideración de los proyectos de resolución pendientes de aprobación	167
Item 8: Report on the Collection of Quota Contributions (<u>conclusion</u>)	167
Tema 8: Informe sobre la recaudación de las cuotas (<u>conclusión</u>)	167

Item 9: Annual Report of the Chairman of the Executive Committee (<u>conclusion</u>)	169
Tema 9: Informe Anual del Presidente del Comité Ejecutivo (<u>conclusión</u>)	169
Item 10: Quadrennial Report, 1974-1977, and Annual Report, 1977, of the Director of the Pan American Sanitary Bureau (<u>conclusion</u>)	170
Tema 10: Informe Cuadrienal, 1974-1977, e Informe Anual, 1977, del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana (<u>conclusión</u>)	170
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 (<u>conclusion</u>)	171
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 (<u>conclusión</u>)	171
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 (<u>conclusion</u>)	172
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 (<u>conclusión</u>)	172
Item 14: Proposed Program and Budget of the Pan American Health Organization for 1979	173
Tema 14: Proyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud para 1979	173
Item 15: Provisional Draft of the Program and Budget Estimates of the Pan American Health Organization for 1980-1981	173
Tema 15: Anteproyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud para 1980-1981	173
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	173
Tema 16: Anteproyecto de Presupuesto por Programas de la Organización Mundial de la Salud para la Región de las Américas, correspondiente a 1980-1981	173
Disease Control	181
Control de enfermedades	181
Fourth Report of the Committee on Credentials	185
Cuarto informe de la Comisión de Credenciales	185
Statement by the Observer for the United Nations Fund for Population Activities	186
Presentación de la Observadora del Fondo de las Naciones Unidas para Actividades de Población	186
Item 14: Proposed Program and Budget of the Pan American Health Organization for 1979 (<u>continuation</u>).....	188
Tema 14: Proyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud para 1979 (<u>continuación</u>)	188
Item 15: Provisional Draft of the Program and Budget Estimates of the Pan American Health Organization for 1980-1981 (<u>continuation</u>)	188
Tema 15: Anteproyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud para 1980-1981 (<u>continuación</u>)	188
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 (<u>continuation</u>)....	188
Tema 16: Anteproyecto de Presupuesto por Programas de la Organización Mundial de la Salud para la Región de las Américas, correspondiente a 1980-1981 (<u>continuación</u>)	188

Environmental Health	190
Salud del ambiente	190
Family Health	194
Salud de la familia	194
ELEVENTH PLENARY SESSION (Monday, 2 October 1978, at 2:30 p.m.)	
UNDECIMA SESION PLENARIA (Lunes, 2 de octubre de 1978, a las 2:30 p.m.)	
Fourth Report of the General Committee	197
Cuarto informe de la Comisión General	197
Item 14: Proposed Program and Budget of the Pan American Health Organization for 1979 (<u>conclusion</u>)	198
Tema 14: Proyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud para 1979 (<u>conclusión</u>)	198
Item 15: Provisional Draft of the Program and Budget Estimates of the Pan American Health Organization for 1980-1981 (<u>continuation</u>)	198
Tema 15: Anteproyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud para 1980-1981 (<u>continuación</u>)	198
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 (<u>continuation</u>) ...	198
Tema 16: Anteproyecto de Presupuesto por Programas de la Organización Mundial de la Salud para la Región de las Américas, correspondiente a 1980-1981 (<u>continuación</u>) ...	198
Health Services	198
Servicios de salud	198
Human Resources	201
Recursos humanos	201
Supporting Services	204
Servicios de apoyo	204
Administrative Direction, Governing Bodies, and Increase to Assets	206
Dirección administrativa, Cuerpos Directivos y Aumento del Activo	206
Appropriations for the Pan American Health Organization for 1979	208
Asignaciones para la Organización Panamericana de la Salud para 1979	208
Assessments of the Member Governments and Participating Governments of the Pan American Health Organization	211
Cuotas de los Gobiernos Miembros y Gobiernos Participantes de la Organización Panamericana de la Salud	211
Item 15: Provisional Draft of the Programs and Budget of the Pan American Health Organization for 1980-1981 (<u>conclusion</u>)	214
Tema 15: Anteproyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud para 1980-1981 (<u>conclusión</u>)	214
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 (<u>conclusion</u>)	215
Tema 16: Anteproyecto de Presupuesto por Programas de la Organización Mundial de la Salud para la Región de las Américas, correspondiente a 1980-1981 (<u>conclusión</u>)	215
Item 33: Selection of two Governments, each to Designate a Person to Serve on the Joint Coordinating Board of the WHO Special Program for Research and Training in Tropical Diseases	216
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 de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales	216

Item 36: Amendments to the Financial Regulations of the Pan American Health Organization	219
Tema 36: Enmiendas al Reglamento Financiero de la Organización Panamericana de la Salud	219
Item 38: Appointment of the External Auditor	233
Tema 38: Nombramiento del Auditor Externo	233
Item 39: Observers from Subregional Governmental Organizations. Hipólito Unanue Agreement	235
Tema 39: Observadores de organizaciones subregionales gubernamentales. Convenio ... Hipólito Unanue	235
TWELFTH PLENARY SESSION (Tuesday, 3 October 1978, at 9:15 a.m.)	
DUODECIMA SESION PLENARIA (Martes, 3 de octubre de 1978, a las 9:15 a.m.)	
Fifth Report of the General Committee	237
Quinto informe de la Comisión General	237
Report of Committee II	237
Informe de la Comisión II	237
Proposed Resolution Pending Approval	238
Consideración del proyecto de resolución pendiente de aprobación	238
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 (<u>conclusion</u>)	238
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 Conferencias Sanitarias Panamericanas (<u>conclusión</u>)	238
Item 19: Working Capital Fund	241
Tema 19: Fondo de Trabajo	241
Item 22: Report on the PAHO Award for Administration, 1978, and Proposal for Modification of its Procedure and Criteria	250
Tema 22: Informe sobre el Premio OPS en Administración, 1978, y propuestas de modificación de sus procedimientos y criterios	250
Item 24: Technical Discussions: The Impact of Drugs on Health Costs: National and International Problems	253
Tema 24: Discusiones Técnicas: Repercusión de los medicamentos en el costo de la salud: Problemas nacionales e internacionales	253
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	257
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	257
THIRTEENTH PLENARY SESSION (Tuesday, 3 October 1978, at 2:45 p.m.)	
DECIMOTERCERA SESION PLENARIA (Martes, 3 de octubre de 1978, a las 2:45 p.m.)	
Consideration of Pending Proposed Resolutions	260
Consideración de proyectos de resolución pendientes	260
Item 30: Control vs. Eradication in Malaria Programs (<u>conclusion</u>)	260
Tema 30: Control vs. erradicación de los programas maláricos (<u>conclusión</u>)	260

Item 23: Report on the XI Inter-American Meeting, at the Ministerial Level, on Foot-and-Mouth Disease and Zoonoses Control (<u>conclusion</u>)	262
Tema 23: Informe sobre la XI Reunión Interamericana, a Nivel Ministerial, sobre el Control de la Fiebre Aftosa y Otras Zoonosis (<u>conclusión</u>)	262
Item 28: Mechanisms for the Establishment of Official Relations between PAHO and Inter-American Nongovernmental Organizations (<u>conclusion</u>)	264
Tema 28: Mecanismos para el establecimiento de relaciones oficiales de la OPS con organizaciones interamericanas no gubernamentales (<u>conclusión</u>)	264
Special Fund for the Support of Programs Financed with Extrabudgetary Funds	269
Fondo especial de apoyo a los programas financiados por fondos extrapresupuestarios	269
Item 33: Selection of Two Governments, each to Designate a Person to Serve on the Joint Coordinating Board of the WHO Special Program for Research and Training in Tropical Diseases (<u>conclusion</u>)	274
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 de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales (<u>conclusión</u>)	274
Item 34: The Implications of Dengue Fever to the Health and Economies of the Countries of the Region (<u>conclusion</u>)	275
Tema 34: Las repercusiones del dengue en la salud y la economía de los países de la Región (<u>conclusión</u>)	275
Item 39: Observers from Subregional Governmental Organizations. Hipólito Unanue Agreement (<u>conclusion</u>)	279
Tema 39: Observadores de organizaciones subregionales gubernamentales. Convenio Hipólito Unanue (<u>conclusión</u>)	279
Item 20: Resolutions of the Thirty-first World Health Assembly of Interest to the Regional Committee of WHO for the Americas (<u>conclusion</u>)	280
Tema 20: Resoluciones de la 31a Asamblea Mundial de la Salud de interés para el Comité Regional de la OMS para las Américas (<u>conclusión</u>)	280
Item 27: Report on Amendments to the Staff Rules of the Pan American Sanitary Bureau	281
Tema 27: Informe sobre enmiendas al Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana	281
Item 29: Extension of Health Services to the Underserved Population in Rural and Urban Areas (<u>continuation</u>)	283
Tema 29: Extensión de los servicios de salud a la población subatendida de las zonas rurales y urbanas (<u>continuación</u>)	283
FOURTEENTH PLENARY SESSION (<u>Wednesday, 4 October 1978, at 9:05 a.m.</u>)	
DECIMOCUARTA SESION PLENARIA (<u>Miércoles, 4 de octubre de 1978, a las 9:05 a.m.</u>)	
Sixth Report of the General Committee	290
Sexto informe de la Comisión General	290
Proposed Resolutions Pending Approval	290
Proyectos de resolución pendientes de aprobación	290
Cooperation of PAHO with AIDIS	291
Cooperación de la OPS con AIDIS	291
Item 31: Report on Technical Cooperation among Developing Countries (<u>conclusion</u>) ...	293
Tema 31: Informe sobre cooperación técnica entre países en desarrollo (<u>conclusión</u>)	293

Item 21: Provisional Agenda of the Sixty-third Session of the Executive Board of WHO: Items of Interest to the Regional Committee (<u>conclusion</u>)	296
Tema 21: Programa provisional de la 63a Reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS: Temas de interés para el Comité Regional (<u>conclusión</u>)	296
Item 24: Technical Discussions: The Impact of Drugs on Health Costs: National and International Problems (<u>conclusion</u>)	297
Tema 24: Discusiones Técnicas: Repercusión de los medicamentos en el costo de la salud: Problemas nacionales e internacionales (<u>conclusión</u>)	297
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 (<u>conclusion</u>)	299
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 (<u>conclusión</u>)	299
Cooperation of PAHO with AIDIS (<u>conclusion</u>)	300
Cooperación de la OPS con AIDIS (<u>conclusión</u>)	300
Item 29: Extension of Health Services to the Underserved Population in Rural and Urban Areas (<u>continuation</u>)	303
Tema 29: Extensión de los servicios de salud a la población subatendida de las zonas rurales y urbanas (<u>continuación</u>)	303
Item 35: Sociocultural Obstacles to Health Service Delivery	308
Tema 35: Obstáculos socioculturales en la prestación de los servicios de salud	308
Item 37: Costs of Administering Grant Funds	314
Tema 37: Gastos de administración de los fondos de subvenciones	314
Proposed Resolutions Pending Approval	319
Proyectos de resolución pendientes de aprobación	319
Item 29: Extension of Health Services to the Underserved Population in Rural and Urban Areas (<u>conclusion</u>)	319
Tema 29: Extensión de los servicios de salud a la población subatendida de las zonas rurales y urbanas (<u>conclusión</u>)	319
Item 32: Pan American Centers (<u>conclusion</u>)	325
Tema 32: Centros Panamericanos (<u>conclusión</u>)	325
Item 37: Costs of Administering Grant Funds (<u>conclusion</u>)	327
Tema 37: Gastos de administración de los fondos de subvenciones (<u>conclusión</u>)	327
Item 35: Sociocultural Obstacles to Health Service Delivery (<u>conclusion</u>)	328
Tema 35: Obstáculos socioculturales en la prestación de los servicios de salud (<u>conclusión</u>)	328
Item 40: Other Matters	330
Tema 40: Otros asuntos	330
CLOSING SESSION (<u>Thursday, 5 October 1978, at 9:20 a.m.</u>)	
SESION DE CLAUSURA (<u>Jueves, 5 de octubre de 1978, a las 9:20 a.m.</u>)	
Reading, Approval, and Signing of the Final Report	332
Lectura, aprobación y firma del Informe Final	332

VERBATIM MINUTES OF COMMITTEE II
ACTAS TAQUIGRAFICAS DE LA COMISION II

FIRST SESSION (Thursday, 28 September 1978, at 9:15 a.m.)

PRIMERA SESION (Jueves, 28 de septiembre de 1978, a las 9:15 a.m.)

Election of the Vice-Chairman and of the Rapporteur	339
Elección del Vice-Presidente y del Relator	339
Item 30: Control vs. Eradication in Malaria Programs	340
Tema 30: Control vs. erradicación en los programas de malaria	340

SECOND SESSION (Thursday, 28 September 1978, at 3:00 p.m.)

SEGUNDA SESION (Jueves, 28 de septiembre de 1978, a las 3:00 p.m.)

Item 23: Report on the XI Inter-American Meeting, at the Ministerial Level, on Foot-and-Mouth Disease and Zoonoses Control	362
Tema 23: Informe sobre la XI Reunión Interamericana, a Nivel Ministerial, sobre el Control de la Fiebre Aftosa y Otras Zoonosis	362
Item 28: Mechanisms for the Establishment of Official Relations between PAHO and Nongovernmental Organizations	368
Tema 28: Mecanismos para el establecimiento de relaciones oficiales de la OPS con organizaciones no gubernamentales	368
Item 29: Extension of Health Services to the Underserved Population in Rural and Urban Areas	369
Tema 29: Extensión de los servicios de salud a la población subatendida de las zonas rurales y urbanas	369

THIRD SESSION (Monday, 2 October 1978, at 9:15 a.m.)

TERCERA SESION (Lunes, 2 de octubre de 1978, a las 9:15 a.m.)

Item 34: The Implications of Dengue Fever to the Health and Economies of the Countries of the Region	377
Tema 34: Las repercusiones del dengue en la salud y la economía de los países de la Región	377
Item 20: Resolutions of the Thirty-first World Health Assembly of Interest to the Regional Committee of WHO for the Americas	392
Tema 20: Resoluciones de la 31a Asamblea Mundial de la salud de interés para el Comité Regional de la OMS para las Américas	392

FOURTH SESSION (Monday, 2 October 1978, at 2:45 p.m.)

CUARTA SESION (Lunes, 2 de octubre de 1978, a las 2:45 p.m.)

Consideration of Pending Proposed Resolutions	398
Consideración de proyectos de resolución pendientes	398
Item 30: Control vs. Eradication in Malaria Programs (<u>conclusion</u>)	398
Tema 30: Control vs. erradicación en los programas de malaria (<u>conclusión</u>)	398
Item 23: Report on the XI Inter-American Meeting, at the Ministerial Level, on Foot-and-Mouth Disease and Zoonoses Control (<u>conclusion</u>)	401
Tema 23: Informe sobre la XI Reunión Interamericana, a Nivel Ministerial, sobre el Control de la Fiebre Aftosa y Otras Zoonosis (<u>conclusión</u>)	401

Item 28: Mechanisms for the Establishment of Official Relations between PAHO and Nongovernmental Organizations (<u>continuation</u>)	402
Tema 28: Mecanismos para el establecimiento de relaciones oficiales de la OPS con organizaciones no gubernamentales (<u>continuación</u>)	402
Item 29: Extension of Health Services to the Underserved Population in Rural and Urban Areas (<u>continuation</u>)	412
Tema 29: Extensión de los servicios de salud a la población subatendida de las zonas rurales y urbanas (<u>continuación</u>)	412
Item 28: Mechanisms for the Establishment of Official Relations between PAHO and Nongovernmental Organizations (<u>conclusion</u>)	414
Tema 28: Mecanismos para el establecimiento de relaciones oficiales de la OPS con organizaciones no gubernamentales (<u>conclusión</u>)	414
Item 21: Provisional Agenda of the Sixty-third Session of the Executive Board of WHO: Items of Interest to the Regional Committee	415
Tema 21: Programa provisional de la 63a Reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS: Temas de interés para el Comité Regional	415
Item 31: Report on Technical Cooperation among Developing Countries	416
Tema 31: Informe sobre cooperación técnica entre países en desarrollo	416
Item 32: Pan American Centers	418
Tema 32: Centros Panamericanos	418

AGENDA
PROGRAMA

1. Opening of the Conference
1. Inauguración de la Conferencia

2. Establishment of the Committee on Credentials
2. Constitución de la Comisión de Credenciales

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

4. Establishment of a Working Party to Study the Application of Article 6-B of the PAHO Constitution
4. Establecimiento de un Grupo de Trabajo para estudiar la aplicación del Artículo 6-B de la Constitución de la OPS

5. Adoption of the Agenda
5. Adopción del programa

6. Establishment of the Main Committees
6. Constitución de las comisiones principales

7. Establishment of the General Committee
7. Constitución de la Comisión General

8. Report on the Collection of Quota Contributions
8. Informe sobre la recaudación de las cuotas

9. Annual Report of the Chairman of the Executive Committee
9. Informe Anual del Presidente del Comité Ejecutivo

10. Quadrennial Report, 1974-1977, and Annual Report, 1977, of the Director of the Pan American Sanitary Bureau
10. Informe Cuadrienal, 1974-1977, e Informe Anual, 1977, del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana

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
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

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
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 Conferencias Sanitarias Panamericanas

13. Financial Report of the Director and Report of the External Auditor for 1977
13. Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes a 1977

14. Proposed Program and Budget of the Pan American Health Organization for 1979
14. Proyecto de programa y presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud para 1979

15. Provisional Draft of the Program and Budget of the Pan American Health Organization for 1980-1981
15. Anteproyecto de programa y presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud para 1980-1981
16. Provisional Draft of the Program Budget of the World Health Organization for the Region of the Americas for Financial Period 1980-1981
16. Anteproyecto de presupuesto por programas de la Organización Mundial de la Salud para la Región de las Américas, correspondiente a 1980-1981
17. Proposed Biennial Program and Budget Cycle for the Pan American Health Organization
17. Propuesta de un ciclo de programa y presupuesto bienal para la Organización Panamericana de la Salud
18. Proposed Amendments to the Constitution of the Pan American Health Organization
18. Proyecto de enmiendas a la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud
19. Working Capital Fund
19. Fondo de Trabajo
20. Resolutions of the Thirty-first World Health Assembly of Interest to the Regional Committee of WHO for the Americas
20. Resoluciones de la 31^a Asamblea Mundial de la Salud de interés para el Comité Regional de la OMS para las Américas
21. Provisional Agenda of the Sixty-third Session of the Executive Board of WHO: Items of Interest to the Regional Committee
21. Programa provisional de la 63^a Reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS: Temas de interés para el Comité Regional
22. Report on the PAHO Award for Administration, 1978, and Proposal for Modification of its Procedure and Criteria
22. Informe sobre el Premio OPS en Administración, 1978, y propuestas de modificación de sus procedimientos y criterios
23. Report on the XI Inter-American Meeting, at the Ministerial Level, on Foot-and-Mouth Disease and Zoonoses Control
23. Informe sobre la XI Reunión Interamericana, a Nivel Ministerial, sobre el Control de la Fiebre Aftosa y Otras Zoonosis
24. Technical Discussions: "The Impact of Drugs on Health Costs: National and International Problems"
24. Discusiones Técnicas: "Repercusión de los medicamentos en el costo de la salud: Problemas nacionales e internacionales"
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
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
26. Election of Three Member Governments to the Executive Committee on the Termination of the Periods of Office of Bahamas, Colombia, and Costa Rica
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
27. Report on Amendments to the Staff Rules of the Pan American Sanitary Bureau
27. Informe sobre enmiendas al Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana

28. Mechanisms for the Establishment of Official Relations between PAHO and Nongovernmental Organizations
28. Mecanismos para el establecimiento de relaciones oficiales de la OPS con organizaciones no gubernamentales
29. Extension of Health Services to the Underserved Population in Rural and Urban Areas
29. Extensión de los servicios de salud a la población subatendida de las zonas rurales y urbanas
30. Control vs. Eradication in Malaria Programs
30. Control vs. erradicación en los programas de malaria
31. Report on Technical Cooperation among Developing Countries
31. Informe sobre cooperación técnica entre países en desarrollo
32. Pan American Centers
32. Centros Panamericanos
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
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 de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales
34. The Implications of Dengue Fever to the Health and Economies of the Countries of the Region
34. Las repercusiones del dengue en la salud y la economía de los países de la Región
35. Sociocultural Obstacles to Health Service Delivery
35. Obstáculos socioculturales en la prestación de los servicios de salud
36. Amendments to the Financial Regulations of the Pan American Health Organization
36. Enmiendas al Reglamento Financiero de la Organización Panamericana de la Salud
37. Costs of Administering Grant Funds
37. Gastos de administración de los fondos de subvenciones
38. Appointment of the External Auditor
38. Nombramiento del Auditor Externo
39. Observers from Subregional Governmental Organizations. Hipólito Unanue Agreement
39. Observadores de organizaciones subregionales gubernamentales. Convenio Hipólito Unanue
40. Other Matters
40. Otros asuntos

**VERBATIM MINUTES OF PLENARY SESSIONS
ACTAS TAQUIGRAFICAS DE LAS SESIONES PLENARIAS**

INAUGURAL SESSION
SESION INAUGURAL

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

President:

Presidente:

Mr. H. J. Preudhomme

(Grenada)

OPENING ADDRESS BY THE PRESIDENT OF THE XX PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE, MR. H. J. PREUDHOMME, MINISTER OF HEALTH AND HOUSING OF GRENADA
DISCURSO INAUGURAL DEL PRESIDENTE DE LA XX CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA, SR. H. J. PREUDHOMME, MINISTRO DE SALUD Y VIVIENDA DE GRENADA

The PRESIDENT: I am indeed grateful to all my colleagues for the explicit confidence 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 and rewarding, 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 important task that is before us.

Let us be inspired by the obligation placed upon us, an obligation 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 the pleasure of inviting the Very Reverend Father Cyril Lamontagne, Vicar-General of Grenada, to deliver the 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.'"

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.

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 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. 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): Como desgraciadamente el Dr. Mahler no ha podido estar presente en la XXX Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas, pidió a su buen amigo y colega, el Dr. Acuña, Director Regional, que yo lea el siguiente mensaje en su nombre. Le ha pedido también al Dr. Acuña que 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 le-

gislativa 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 pidiéndoles 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 esta, 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 expression of his wish that your 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 PAHO's smallest Member Country.

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 being able to be present here this morning. He looks forward to other opportunities he will have to meet you all. His absence at present 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 overemphasized. Indeed, serious consideration must be given to any forum that 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 citizens 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 PAHO 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 for 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 the 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.

It is hoped 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.

It would be tragic if we allowed 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 will have succeeded 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. 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.

Implied in 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. 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 be the business only 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.

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.

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 with the founding of the Pan American Sanitary Bureau and the World Health Organization. WHO and PAHO, primarily concerned as they are with national health issues and services, have undergone a number of changes during that period 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 the depth of the discussion, the extent of your tolerance and respect for each other's views, and the resolutions at which you arrive. Ultimately, however, what matters most is not what is written, but the effective implementation of decisions reached here.

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, whole-heartedly 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 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

I would like, first of all, to express my deep sense of gratitude for the very warm welcome that Senator Bullen has extended on behalf of the Prime Minister and the people of Grenada 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 my 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 Committee 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 our 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 health problems, gastroenteritis and malnutrition.

Some of our countries still suffer from the lack of proper water supplies and low standards of basic environmental sanitation. 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 PAHO 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 that I express my very deep concern about recent events within PAHO that 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 Organization.

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 a 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 PAHO and the great service which this body has rendered to Member Countries make it too unique to be enbroiled 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 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 PAHO are 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 that would be inimical to the interests of PAHO.

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 that have been developed into positive actions and programs designed to improve the standards of health in our respective countries. The gap between our discussions and 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.

The time for action is now. We have produced tons of documents. I do not think anybody reads 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 toward 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.

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

Distinguidos señores y señoras, 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 OPS, aceptamos esta honrosa invitación, la cual siguió al trascendental hecho de la admisión de Grenada en la OPS, que se convirtió así en su 32° 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 invierten en esta magna empresa permitirán alcanzar las metas de extensión de la cobertura de servicios de salud a toda la población. Es preciso, además, determinar el impacto de 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 en 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, si se ha facilitado el acceso a los servicios y si se han mejorado los niveles de salud.

En relación con los recursos reales y monetarios se plantea otro tipo de interrogante. Para establecer 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, así como otras 400,000 camas de hospital adicionales, con un costo de instalación de unos 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. Por otra parte, si se tiene 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 las Naciones Unidas sobre Asentamientos Humanos celebrada en Canadá y por la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Abastecimiento de Agua llevada a cabo en la Argentina, en el rubro del agua potable se destaca que el 95% de la población urbana y el 80% de la rural deberán contar con este servicio. Para alcanzar esas 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 rurales. A estas cifras habría que agregar los gastos que originasen los programas para la eliminación de desechos y los relacionados con crecientes problemas de contaminación del aire, el agua y el suelo. Es necesario determinar si los Gobiernos de las Américas podrán hacer frente a esa tremenda carga financiera. Igualmente cabe preguntarse si sería posible desarrollar en corto plazo la capacidad operativa necesaria para absorber tal volumen 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 los países.

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 considerarse en esta etapa que el desarrollo de las políticas nacionales de salud ha generado 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 de la XXV Reunión del Consejo Directivo, relacionada con la IV Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas. Esa acción 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 proponemos 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 determinar 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 acción es la evaluación de los resultados alcanzados en el Plan Decenal de Salud para las Américas, la que debe prepararse en 1979 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 plantean, 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, esto constituirá el contenido del Plan Decenal de Salud para las Américas correspondiente al decenio 1981-1990.

Juzgo de la mayor importancia, no obstante, examinar algunas perspectivas futuras. 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.

La gravedad 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 su estructura en cuanto a distribución urbana y rural. Los estudios hechos por el Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE) 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% en 1970 al 76% de la población total en el año 2000. Lo más importante de este cambio 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 reorientar 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 ajustarlas a las modalidades económicas, sociales y culturales de los conglomerados humanos que están ingresando en la estructura socioeconómica de las ciudades. El Gobierno de la Argentina, en la reunión de Alma Ata, tomó la iniciativa de convocar a una reunión continental para considerar esos aspectos. Este fenómeno de urbanización afecta sensiblemente a toda la política de inversión en el sector salud y a sus relaciones intersectoriales; exige, a la vez, una revisión profunda de las tecnologías actuales de prestación de servicios de salud, una reorganización de los sistemas, y un examen de los procedimientos, organización, funciones y relaciones entre las diversas instituciones que componen el sector salud.

Se agudiza también el problema de elevar la capacidad operativa y la eficiencia de estos sistemas al máximo 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 los centros urbanos, reorganizándolos institucional y administrativamente y buscar nuevas soluciones técnicas que permitan asegurar la máxima eficiencia.

Se requiere una nueva visualización de los sistemas de salud, previa a los esfuerzos para dotar al sector de los recursos adicionales necesarios. En el rediseño y reconceptualización de los sistemas de salud deberá tenerse en cuenta que el 24% de la población (146 millones de habitantes) continuará viviendo en el medio rural y, posiblemente, en condiciones de desamparo. También habrá que considerar que el fenómeno de la migración 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 suficiente información sobre la concentración futura de 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 distribución, así como modificaciones sustantivas en el bienestar al que esas comunidades rurales puedan aspirar.

Esas modificaciones las podrán activar una política y un estilo de desarrollo nacional que diversifique los núcleos de crecimiento socioeconómico de manera que promuevan una 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 su acción aislada no podría alcanzar, en el mejor de los casos, 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 demuestra 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, es decir, una tecnología decidida a identificar alternativas adecuadas tanto social como ecológicamente.

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 evolucionan 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 conducirá hacia logros más efectivos. Lo que falta ahora es un esfuerzo vigoroso a nivel de cada país para transformar este propósito en acción dinámica.

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, aun cuando aumenten los niveles de consumo para cada grupo específico de ingreso, los correspondientes a los de bajos ingresos no alcanzarán a satisfacer las necesidades de calorías y proteínas, debido a su limitada 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 merecen 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; 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, contribuyen 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 en el 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, lo que agrava 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 hacer funcionar eficientemente las nuevas estrategias. Finalmente, el problema crucial lo constituye 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 mencionados 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 conyuntura 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 adquiridas, 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 mensurables 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 señalan 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 tanto para mantener y mejorar 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 aun 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 proponemos, el perfeccionamiento de esta integración indispensable está condicionado por la forma en que cada país defina y programe la diversificación y orientación social de sus centros de desarrollo. 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.

Estamos convencidos que las 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 la 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.

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 Ministros de Salud compartan nuestros puntos de vista y tomen decisiones que permitan poner en ejecución, en el más corto plazo, las estrategias que proponemos 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 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.

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

FIRST PLENARY SESSION
PRIMERA SESION PLENARIA

Monday, 25 September 1978, at 9:00 a.m.
Lunes, 25 de septiembre de 1978, a las 9.00 a.m.

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

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

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

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 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: Conforme el Artículo 26 del Reglamento Interno corresponde constituir la Comisión de Credenciales, y me permito proponer a los Delegados de Colombia, Francia y Suriname. He creído conveniente proponer a la Delegación de Francia, vista la situación planteada por la ausencia de la Delegación del Reino 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 delegados dan por aprobada la composición de la Comisión, 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.

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

EL PRESIDENTE PROVISIONAL: Se reanuda la primera sesión plenaria y solicitamos al relator de la Comisión de Credenciales, la Delegada de Francia, Dra. 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 Kanten 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 RAPPORTEUR

TEMA 3: ELECCION DEL PRESIDENTE, DOS VICEPRESIDENTES Y RELATOR

EL PRESIDENTE PROVISIONAL: Según el temario 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 Dr. MICHELSEN (Colombia): Yo quisiera solicitar a la Conferencia que se pronunciasse 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 Sr. 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.

Applause.

Aplausos.

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

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

La Presidencia invita al Presidente de la XX Conferencia Sanitaria Panamericana, XXX Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas, Sr. Preudhomme, a que tome posesión del cargo para el que ha sido electo.

Mr. Preudhomme took the Chair.

El Sr. Preudhomme pasa a ocupar la Presidencia.

The PRESIDENT: I wish to thank all of 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.

The session rose at 10:30 a.m.

Se levanta la sesión a las 10:30 a.m.

SECOND PLENARY SESSION
SEGUNDA SESION PLENARIA

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

President:

Presidente:

Mr. H. J. Preudhomme

(Grenada)

ITEM 3: ELECTION OF THE PRESIDENT, TWO VICE-PRESIDENTS, AND THE RAPPOREUR (conclusion)
TEMA 3: ELECCION DEL PRESIDENTE, DOS VICEPRESIDENTES Y RELATOR (conclusión)

Dr. MACHADO (Brasil): Senhor Presidente, desejo apresentar a candidatura do Delegado dos Estados Unidos de América para a primeira vicepresidência.

The PRESIDENT: Are there any other nominations? It appears that there are none, so the Delegate of the United States of America has been elected First Vice-President. Are there nominations for the post of Second Vice-President?

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 be unanimously accepted.

The PRESIDENT: Are there any other nominations? As there appear to be no other nominations, then the Delegate of Brazil is elected Second Vice-President.

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 of Argentina.

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

Decision: 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.

Decisión: 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.

THIRD PLENARY SESSION
TERCERA SESION PLENARIA

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

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

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 APLICACION DEL ARTICULO
6-B DE LA CONSTITUCION DE LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

The PRESIDENT: I would like to suggest that the Working Party to Study the Application of Article 6-B of the PAHO Constitution 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 DE TEMAS

The SECRETARY: The agenda may be found in the set of Conference documents. 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 not, then the agenda is adopted. We shall go on to Item 6, Establishment of the Main Committees.

El Dr. GONZALEZ (Uruguay): La Delegación de Uruguay 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 of the Rules of Procedure of the Conference, on page 59 of the Basic Documents of PAHO, 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 LEPAGE (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. GONZALEZ (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. If we have a two-third majority, we will reopen the question; if we do not have a two-third majority then we shall consider the agenda adopted. Those who favor opening the question may raise their hands.

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 se ha hecho grande, ya que el Presidente dijo claramente 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 vayan 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 the 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, por razones obvias, antes 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 OSP, en palabras que estuvieron conreñidas 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 entiendo 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 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. De acuerdo con el Reglamento, la Comisión General 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 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 of Uruguay would write down the item as he would like it to be included 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.

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 de ilustrar a la Mesa, yo tendría mucho gusto en entregarle, a título de préstamo, este sobre, con el material que incluye, que fue dirigido al 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 el 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. En opinión de la Delegación de México un documento como ese no debe ser discutido en una reunión de este tipo, en primer término por no tener la objetividad del mismo. 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 el 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.

The PRESIDENT: I wish to point out to the Conference that since there is no document, there is no basis for discussion. Nevertheless, it is left to the Conference to decide whether the item should be included in 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 Director en la mañana de hoy fueran objeto de un debate específico en el que él tuviese el derecho a formular su defensa para destruir lo que él considera que tiene la calidad de infundio. El Director se refirió en la mañana de hoy 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 de los Delegados de México y Colombia.

El Dr. PADILLA LEPAGE (Venezuela): La Delegación de Venezuela acepta la aclaración 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 mencionado 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 si se incluye o no el tema, haciendo abstracción de documentos.

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 así 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 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--these accusations fly high and wide in the local political arena. I am not discussing the merits or the demerits of what the distinguished Delegate of Uruguay said, or the suggestion made by the Delegate of Venezuela. 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 one. We are on the verge of a scandal. Newspapers in various countries have published reports on the basis of allegations that have been made by persons unknown until the last few days--now, some names have been mentioned. 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 would like to propose that the matter 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.

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 planteamiento y a la sugerencia formulada por el Delegado de Trinidad y Tabago, retirando la propuesta que había presentado.

The PRESIDENT: The distinguished Delegate of Uruguay has withdrawn the proposal to include an item on the agenda. 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 by 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. 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: If there are no objections, then it is thus 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: I would like to ask the heads of delegations to remain so that we can hold a private meeting.

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

¹At the end of the third plenary session, a private meeting of heads of delegations was convened, as recommended by the Honourable 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. (This 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.)

FOURTH PLENARY SESSION
CUARTA SESION PLENARIA

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

President:
Presidente:

Mr. H. J. Preudhomme

(Grenada)

The PRESIDENT: I now call the fourth plenary session to order. I would like to extend a hearty welcome to the Delegations of 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 expand on two or three points to explain a number of 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 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 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 of 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; (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 on Tuesday, 27 September at 5:30 p.m.

The PRESIDENT: Distinguished Delegates, you have heard the first report of the General Committee. If you have no comments, then the report will be considered 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): I would like to introduce the Report on the Collection of Quota Contributions. The most recent data on contributions are found in Document CSP20/28, Addendum II. It shows a total amount of quota contributions which are still outstanding to be \$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 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, this represents a very significant reduction.

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 Delegación de la República Dominicana se siente necesariamente aludida cuando se habla de las cuotas. El nuevo Gobierno de la República Dominicana tiene como una preocupación fundamental el pago de las cuotas a los organismos internacionales. Desde hace una semana se está tramitando el pago correspondiente a 1978 a la OPS, 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 disponible que demuestra no solamente una intención sino un pago formal, el cual esperamos se siga cumpliendo regularmente.

El Dr. GODOY (Paraguay): Tengo que informar que la semana pasada Paraguay abonó la suma que se consigna. Espero que los delegados que participan en esa Comisión tengan a bien cerciorarse de la situación por sí 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): Quisiera dejar constancia que con documentación suscrita por el Representante en Bolivia de la OPS acreditamos que el 22 de septiembre del año en curso hemos cancelado la totalidad de nuestra deuda. Por consiguiente, la Delegación 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. 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 del Artículo 9 de la Constitución de la OPS, someter a consideración de la XX Conferencia Sanitaria Panamericana el informe correspondiente a las 79a y 80a Reuniones del Comité Ejecutivo.

79a Reunión del Comité Ejecutivo

La 79a Reunión del Comité Ejecutivo de la OPS se celebró en la Sede en Washington, D.C., el 6 de octubre de 1977, de conformidad con la convocatoria del Director de la OSP. Se dio la bienvenida a los Representantes de Brasil, Canadá y Venezuela, elegidos en la XXV Reunión del Consejo Directivo para integrar el Comité. 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 el 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 los mandatos de Bolivia y Jamaica en el Comité. Se convino que el Director de la OSP, de acuerdo con el Presidente del Comité, fijaría la fecha de la 80a Reunión del Comité.

80a Reunión del Comité Ejecutivo

La 80a Reunión se celebró en Washington, D.C., en la Sede, del 26 de junio al 6 de julio de 1978, de conformidad con la convocatoria hecha por el Director de la OSP. Se celebraron 16 sesiones plenarias y una de clausura. Se dedicaron nueve sesiones al examen detallado del proyecto de programa y presupuesto de la Organización. Se aprobaron 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. En general, la situación era bastante satisfacto-

ría, ya que con el pago de cuotas de fin de año se había recaudado alrededor del 43% del presupuesto de operaciones de 1978. En 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,
correspondientes al ejercicio económico de 1977:

Durante el examen de este tema se prestó especial atención a las observaciones formuladas por el Auditor Externo (Documento Oficial 153, pág. 65). El Auditor considera de importancia que se adopten las medidas necesarias para fortalecer los procedimientos de pago de la nómina de personal y de las actividades de la Oficina de Campo. 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 resolvió solicitar al Director que informe a la XX 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 maternoinfantil y nutrición; desarrollo de recursos humanos, y mejoramiento de las condiciones ambientales.

Dos iniciativas 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, se menciona 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 destacaron las acciones del Centro Panamericano de Ecología Humana; se brinda apoyo a los programas de extensión de la cobertura de servicios de salud con la estrategia de la atención primaria y participación de la comunidad, a las oficinas de recur-

tos 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 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 cuadrenio 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, la 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 Servicios de Apoyo) expresaron los objetivos, programas, proyectos y actividades en curso y futuras, así como el presupuesto asignado. Los Representantes 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 detección 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 reconoció el esfuerzo que la Oficina ha desarrollado para incrementar los fondos de origen extrapresupuestarios, en cumplimiento de los mandatos de los Cuerpos Directivos. Como esos fondos constituyen una proporción considerable del presupuesto global, el Comité solicitó al Director que prepare un suplemento al Proyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud, actualizado a la fecha de la Conferencia, que incluya los proyectos que no pudieron ser incluidos en el momento en que se preparó el Documento Oficial 154.

El Comité Ejecutivo recomienda a la XX 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 y 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 el tema 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 OPS 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 al final de cualquier año civil en el futuro para restaurar el Fondo de Trabajo al nivel fijado y una vez reintegrado este a su nivel fijo, ingresar cualquier otro exceso de los ingresos en una cuenta especial hasta que el Consejo o la Conferencia decida cómo se utilizarán dichos fondos.

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

El Comité, enterado de la renuncia del Sr. Lars Lindmark al cargo de Auditor Externo de la OPS, 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.

Cooperación técnica entre países en desarrollo (CTPD):

El Comité examinó el informe del Director sobre el tema. En el curso del debate se presentaron ejemplos de 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 los servicios de salud a la población desprotegida en las zonas rurales:

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 al 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 vs. erradicación en los programas de paludismo:

El Comité, después de conocer las observaciones formuladas sobre el tema por los Gobiernos Miembros, así como 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 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:

El Jurado para la Adjudicación del Premio OPS en Administración quedó integrado por el Dr. Lawrence J. Charles (Bahamas), el Dr. Alfredo N. Bica (Brasil) y el Sr. Hubert A. Blackett (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 OSP 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 OSP, a la luz de las modificaciones del Reglamento del Personal. El Comité accedió a la solicitud del Comité de Personal apoyada por el Director. 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.

Cupo también debatir la XI Reunión Interamericana, a Nivel Ministerial, sobre el Control de la Fiebre Aftosa y Otras Zoonosis; 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.

Estos fueron los asuntos más significativos de los que se ocupó el Comité Ejecutivo, bajo mi presidencia, hasta este período. Si algún delegado desea información adicional o aclaraciones, me será particularmente 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.

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 Kanten du Suriname, a tenu sa seconde séance le 26 septembre 1978 à 10 heures. La Commission a examinée 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 contact their Governments immediately to have this rectified. 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 Haití. 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 quienes son los que acredita.

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

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 OPS 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 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 en 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 hincapié en la redefinición y establecimiento de niveles de atención de salud y de sistemas de referencia de casos, así como en 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 el 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 concep-

tuales 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 BID, de la Agencia Internacional para el Desarrollo (AID), de los Estados Unidos de América, y del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), 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 maternoinfantil 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 operativos 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 antimaláricas, 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 registraron 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 estaba libre 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 gravedad 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; se 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, encefalitis equina, leptospirosis y brucelosis. Mejoraron los servicios de diagnóstico y varios países elaboraron planes para la producción de biológicos, programas de control y vigilancia epidemiológica de las 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 11 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 excreta 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 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 (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. Solamente 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 (OEA), el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el PNUD y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Ello dió oportunidad para examinar la situación de salud del Continente, sus proyecciones y las áreas de acción mutua. En el caso del BID, 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 in-

fraestructura 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 Maternoinfantil, 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 objetivo, 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 OPS como punto focal para llevar a la práctica el Programa Global de la OMS en este campo.

Cabe destacar que durante el cuatrienio la OPS 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 pre-

senten 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--e.g., primary care, nutrition, family planning, water supply, 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 activities should center on two general areas: systematic studies of human epidemiology and basic research. With respect to epidemiologic studies, there is need for standardized techniques for diagnosis, of skin biopsies, for ocular examinations, and for censusing of cases. 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 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 from those 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 fea-

sible. While PAHO's contribution in this area is appreciated, consideration should be given to the Organization's assuming a stronger leadership role in developing a coordinated hemispheric approach in this problem area.

For example, expanded support is now available through the WHO Tropical Disease Research Program (TDR), from which PAHO and its Member Governments can benefit, and there is therefore a possibility of establishing expanded field and laboratory research programs. 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 appropriate control programs.

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 development studies by 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 and help set priorities in research; the development of standardized protocols to ensure comparability of results; assistance in the development of a regional network of laboratories as reference centers for parasite and vector studies; encouragement of the development of new pharmaceutical products; stimulation of Member Governments and health agencies to review current information on Chagas' disease and to determine research needs and possible control activities appropriate to their settings. Here again we believe the increased availability of funds of 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 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. Quisiera referirme especialmente 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 ejemplo 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 ca-

bo 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 estos el Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá que, fundado por los países de esta subregión desde hace más de 25 años, recibe aportes y cuotas de los mismos países de Centroamérica y Panamá. En esta actividad y con mucho orgullo, la OPS 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 en 1975 con la aportación y la cooperación de los países del Caribe, que sirve a los países del Caribe y que está 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 OMS.

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 la OPS, como punto focal, el 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 dicha Conferencia, 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 aprobado en Buenos Aires. Me atrevo a pronosticar 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. Quizás el Dr. Bryant estaría mucho más satisfecho si le dijera que estamos distribuyendo en esta Confe-

rencia 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. Este documento, que ya ha sido distribuido, es 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 OPS que se prevé para el futuro y de las gestiones que debemos hacer para que el Programa de la OMS de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales 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 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 considerado 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 reconocimiento y respeto a sus asesores y representantes y de confianza en las orientaciones 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 las 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 OPS 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, creemos necesario hacer algunas observaciones anticipadas porque para nuestro 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 donantes 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 creído 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 OPS necesitaría una revisión con el fin de adecuar las disposiciones de sus documentos básicos, a veces demasiado genéricos a la época en que vivimos. Por una parte estimulamos la participación de las comunidades en los programas de salud, pero por otra no participamos nosotros, la comunidad 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 conocerla 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: If there are no further comments, I would ask the Rapporteur to prepare a draft resolution.

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 EN MATERIA DE SALUD PUBLICA, EN EL PERIODO TRANSCURRIDO ENTRE LA XIX Y LA XX CONFERENCIAS SANITARIAS PANAMERICANAS

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

El Dr. IRAN CAMPO (Argentina): Los últimos cuatro años han sido 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 y sobrellevar con éxito una situación tan difícil.

Hoy podemos decir con satisfacción que la Argentina está de pie y en marcha hacia nuevos destinos. En 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 el 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, 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, incluidos 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 diferencias regionales, presentando algunas provincias un marcado deterioro socioeconómico, con 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 respectivas áreas de influencia.

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, 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 límite.

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, aun 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 había una adecuada coordinación, ni siquiera 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 sistemáticamente 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 en forma sistemática los recursos disponibles para lograr, de ese modo, la mayor efectividad.

Las actividades a corto plazo consistieron en 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, y 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 a nivel nacional tendiente a lograr el control y propender a la erradicación de esta endemia de graves características en la Argentina y la reorganización de los programas asistidos por el Gobierno que se ejecutan a nivel provincial.

Se puso especial interés en los programas de salud maternoinfantil, otorgando prioridad a las embarazadas y a los 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 OMS, 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.

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

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 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 Guatemala 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; 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 a fin de cubrir las necesidades de servicios de la comunidad y alcanzar el propósito básico de mejorar la situación de salud de la población.

De 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. 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 cumplir 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 acciones específicas como son: la dotación de agua potable, alcantarillado y eliminación de excreta, eliminación de desechos sólidos, vivienda y control de alimentos, tanto en el medio urbano como en el 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 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 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.

A continuación se mencionan los aspectos positivos más sobresalientes. Aumento de cobertura: se intensificó la atención de 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 1976 ha brindado un volumen de servicio que supera la producción de los años anteriores y que tiende a elevarse aún más como se verá más adelante. Servicios: existen 38 hospitales, los cuales se han remodelado o dotado de nuevas instalaciones y edificios. En los próximos cuatro años se proyecta la construcción de 10 hospitales. En relación a los servicios hospitalarios y su producción se tiene la siguiente cifra: 1974, egresos 135,076; 1977, egresos 170,992. Centros de salud: en 1973 había 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 del 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 adaptados a las situaciones reales de Guatemala, 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 vacunación con BCG de medio millón de niños. 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 session rose at 12:30 p.m.
Se levanta la sesión a las 12:30 p.m.

FIFTH PLENARY SESSION
QUINTA SESION PLENARIA

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

President:
Presidente:

Mr. H. J. Preudhomme (Grenada)

Later:
Más tarde:

Dr. Julius B. Richmond (United States of America)

- 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 ORGANIZACION SOBRE SUS CONDICIONES Y PROGRESOS ALCANZADOS, EN MATERIA DE SALUD PUBLICA, EN EL PERIODO TRANSCURRIDO ENTRE LA XIX Y LA XX CONFERENCIAS SANITARIAS PANAMERICANAS (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 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 raising the level of well-being of our peoples, it is 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 situation in the United States and highlight a few areas that I feel are most pertinent to the issues before us. A more complete 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 males and females, 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 that 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 filariasis have been eradicated, and schistosomiasis has been reduced from 60 to less than 5 per cent. Dengue, however, 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, more attention is being given to the specific requirements of the family and to primary health care.

In the U.S. Virgin Islands progress has been substantial. Priority is now focused on the complete immunization of all children, the control of hypertension, 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, so that 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 report of the Surgeon General 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 that will be discussed 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 continue to work together in a frank, straightforward manner and in a spirit of mutual respect and trust.

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

El Dr. ESCALANTE (El Salvador): Señor Presidente, Sr. Director, señores Ministros de Salud y distinguidos delegados. Aprovecho la oportunidad para presentar un saludo a ustedes y a sus pueblos de parte del pueblo y Gobierno de El Salvador. Paso a poner a consideración de la Conferencia un resumen de las actividades y progresos alcanzados en salud en el último cuatrienio en el Salvador.

El cuatrienio de 1974 a 1977 coincide con el final del Plan Quinquenal de Salud (1973-1977), de modo que en el cuatrienio 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 en 1973 era de 190 habitantes por km², y en 1977 era de 202 por km². Esta densidad es de las más altas de América continental y se encuentra entre las primeras del mundo. La población es joven: el 45.2% lo constituyen los menores de 15 años, y el 3.4%, los mayores de 65 años; el grado de descendencia es aproximadamente de 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% reside 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 1973 y 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, el promedio nacional de alfabetismo en 1971 fue de un 70%.

Durante el período 1976-1977, la matrícula estudiantil general aumentó en un 27%. Un análisis estructural muestra un aumento notable de inscripción de preescolares de enseñanza básica y media, así como de la inscripción universitaria. Por ejemplo, el ingreso a 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, 115 millones de dólares, representa el 23% del presupuesto nacional.

El 54% de la población económicamente activa se emplea en la agricultura, silvicultura, caza y pesca. El producto nacional bruto por habitante subió en 1976 de EUA\$406 a \$522. El 59% de la población urbana está servida de agua potable con conexión intradomiciliar. Un 34.1% de la población urbana, unos 650,000 habitantes, cuenta con servicios de alcantarillado.

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 de Salud Pública y Asistencia Social 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 los programas 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 las funciones 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 1976 y 1977 también la asistencia por los ayudantes rurales de salud. La asistencia ambulatoria aumentó progresivamente durante el cuatrienio.

La consulta médico-odontológica alcanzó una cobertura de 64% que, agregada a la asistencia de enfermería y de ayudante rural de salud, llega al 91%. Este aumento fue generado por 1,224 plazas nuevas, que significan un incremento de 29% sobre 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 al 1.4 por 1,000 en 1977.

En 1974, entre los escolares de siete a 14 años, el 87% padecía de caries. Se decidió, por lo tanto, que la consulta odontológica fuese impartida, en forma escalonada a tres sectores principales: gestantes, escolares y el resto de la población. En 1974 se creó el programa de Salud Oral, mediante el cual los escolares de las escuelas diurnas oficiales del país hacen colutorios 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 fruto de la coordinación entre el Ministerio de Salud que planifica, asesora, financia, supervisa y evalúa, y el Ministerio de Educación que 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 dientes cariados.

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, tétanos, 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 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 que ocurrieron en 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. La morbilidad 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, 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 preescolares y alumnos de los tres primeros grados urbanos y rurales, el cual ha beneficiado a 450,000 niños cada año; b) control de diarrea en 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 dieldrín. Este vector continúa siendo resistente a los últimos y más modernos insecticidas y 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 que, 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 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 1975 estos programas incrementaron sus actividades en cantidad y calidad al recibir un aumento programado de recursos humanos, como médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, auxiliares de estadística y ayudantes rurales de salud, así como también equipo quirúrgico, medicamentos y material educativo. Todo ello sirve de apoyo a las actividades de adiestramiento que durante 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 maternoinfantiles; d) asesoría intersectorial sobre alimentación y nutrición, preparación de solicitud de alimentos al PMA para el proyecto de 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 El Salvador, la adecuación de la vitamina A en la población salvadoreña y la evaluación de la xeroftalmía y programa de profilaxis en masa con vitamina A.

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 un millón de habitantes, es decir, un 36.7%. Con respecto a letrinas instaladas en 1973 existía una cobertura del 10.6%, aumentando en 1977 a un 21%. La población rural se ha beneficiado mediante 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.

En El Salvador se reconoce con satisfacción que se llevan a cabo actividades prácticas de las resoluciones enunciadas por organismos internacionales, a 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.

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.

Honduras es un país tropical situado en América Central; tiene una superficie de 112,088 km², divididos en 18 departamentos con 283 municipios y aproximadamente 18,000 aldeas,

y 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 que permitieron superar, en los últimos dos años, el receso económico en 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, lo que significa 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 adecuarlas al 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 están caracterizadas por una alta prevalencia de enfermedades transmisibles--incluidas las inmunoprevenibles, como causales de una alta morbi-mortalidad--baja cobertura de la atención de salud, incluida la atención médica directa; baja cobertura en vacunaciones y 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 a largo, mediano y corto plazo; la ausencia de la 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, a nivel individual, familiar y comunitario, la atención básica sanitaria que 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, por tanto, al hombre como un productor de salud y no solo como 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 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, no solo por su alto costo, sino porque tampoco modifica el esquema sociológico de la salud y de la prestación 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.

En Honduras se estimó en 1962 que la inaccesibilidad física, geográfica, cultural y funcional de la población a los servicios de la salud, 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 inaccesible 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, del 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 socio-económica 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 se hiciera 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 excreta 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 las 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 sustancial que la persona que ejerza las acciones específicas sanitarias pertenezca a la misma comunidad aun 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 sustancialmente 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, lo que es más importante, el buscar beneficios para 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. Es necesario que el trabajador formal de salud comprenda que la razón principal de su trabajo es el brindar la ayuda y colaboración que la comunidad le solicita, 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 el cual la salud y el bienestar son 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 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 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 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 las 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, aumentará. Es necesario, por tanto, fortalecer la red de establecimientos complejos ubicados racionalmente dentro de un sistema de niveles de atención y complejidad 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 Ministerio 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 Nivel I de atención y está compuesto 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 médica 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, 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, 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, y cuenta con el equipo adecuado.

En el Nivel V existe un Hospital Regional, que es la institución clave que apoya al 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 a la 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 y 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 continua 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, información, administración de suministros, 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 administrativos 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 excreta, 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 excreta. En el campo de control de vectores, específicamente del anófeles y del *Aedes aegypti* ha habido un retroceso que ha traído 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 contra 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 inmunización, se han 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 atención de salud habiéndose duplicado el número de centros de salud rural. Se está en proceso de construcción de ocho Centros Hospitalarios de Emergencia (CHE), 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 ha aumentado en un 40%, y se verán notablemente incrementados con la entrada en funcionamiento de los nuevos hospitales. Se ha obtenido una cobertura de atención de menores de un año de un 60% y de embarazadas de un 30%, a nivel institucional.

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

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

El Dr. ALDEREGUIA (Cuba): El Informe Cuadrienal que ha presentado el Director de la OSP 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 a resumir, en apretada síntesis exigida por el tiempo que se nos asigna, la marcha progresiva del sector salud en Cuba, 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 permitan superar los obstáculos políticos, sociales, económicos y profesionales.

El proceso revolucionario que vive nuestra patria 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, sulfatación, sulfuro de hidrógeno y 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 construcción de 12 hospitales con unas 6,000 nuevas camas.

En relación con 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 las enfermedades transmisibles 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 endemoepidémica 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, las que, junto a la identificación del tipo (dengue tipo I) y a la asesoría que recibimos de la OPS 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 materno-infantil, 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 en 1974 a 4.3. La mortalidad infantil también descendió de 29.3 por 1,000 nacidos vivos a 24.6 en 1977.

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 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 Vías de Desarrollo (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 la elemental necesidad y el deber de poner en conocimiento de esta Conferencia, como parte de la OMS, y por la otra, expresar, como uno de los Países Coordinadores en Salud del Movimiento de Países No Alineados y Otros en Vías de Desarrollo, nuestro vivo interés de que la OPS y sus Oficinas de Area cooperen en el desarrollo de tareas dirigidas al logro de objetivos del Movimiento, y que coincidan 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.

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

Dr. MOHAMMED (Trinidad and Tobago): The thrust of the programs of the Ministry of Health in Trinidad and Tobago has recently been shifted to preventive 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; epidemiologic activities; treatment of chronic diseases, minor illnesses, injuries, and endemic diseases; dental care; mental health care; health education; and 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 Epidemiologic 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 basis and, in the case of diseases under special surveillance, on a daily basis as well.

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

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 islands. 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 entering school against smallpox, poliomyelitis, diphtheria, and tetanus. This has proven to be a great success, and almost 100 per cent of such school-age children are immunized.

A Mental Health Act was proclaimed in 1975, and in that year the implementation of a community mental health program began for which the country has been divided into five sectors. 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 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 that is now being studied by the Government.

Aedes aegypti eradication. The country 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 that 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.

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

Sexually transmitted diseases. Since 1974, a steady decrease in the number of cases of gonorrhea treated 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 their community.

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, as was one delivery unit in the sister island of Tobago. The construction of a 100-bed maternity hospital is well advanced, and it 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 Center (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; and (3) the undertaking of research projects relevant to the area which it serves.

During the three years of its existence CAREC has proven its worth in a number of situations. 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 of the building which now houses CAREC. This research body works in close collaboration with the U.S. CDC in Atlanta and is providing an essential service previously nonexistent in the Region. I now appeal to the Director of PASH to arrange for the early upward revision of the core budget of CAREC, so that the Center's excellent work can be continued and expanded in the Region.

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 Ministers' Conference.

I would like once again to repeat one major concern: 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.

The present structure of our meetings leaves much to be desired. 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 direction 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 implementation is falling short. 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.

Report of the Working Party on the Application of
Article 6-B of the PAHO Constitution
Informe del Grupo de Trabajo para estudiar la aplicación
del Artículo 6-B de la Constitución de la OPS

Mr. HINDS (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 Mr. Hinds and to the other members of the Working Party for your report. If there are no objections, I will declare that this report is accepted.

Decision: The report of the Working Party was adopted.
Decisión: Se aprueba el informe del Grupo de Trabajo.

- 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 ORGANIZACION SOBRE SUS CONDICIONES Y PROGRESOS ALCANZADOS EN MATERIA DE SALUD PUBLICA, EN EL PERIODO TRANSCURRIDO ENTRE LA XIX Y LA XX CONFERENCIAS SANITARIAS PANAMERICANAS (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 Sr. 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 reflejan 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 la 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 simplificadas 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. En algunos documentos distribuidos por la Delegación de Panamá se puede apreciar en mayor detalle los logros 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, específicamente con la OPS, 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 un 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.

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, and it laid the groundwork for significant changes in health care delivery. 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 strategies; (3) research; (4) health care efficiency; and (5) goal-setting. The past four years have seen a number of activities that have been consistent with these strategies, some of which are outlined below.

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 that fosters the prevention of illness. Following are several examples of those activities.

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

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

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 physiologic and psychologic 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.

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 that 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, harmful microbial agents, technological environments hazardous to health, 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 en-

sure 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 Center for Occupational Health and Safety was established in 1978. This center 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 that 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.

Research. The Medical Research Council provides grants for biomedical 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 that 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 socioeconomic factors.

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 toward 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 that 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 the elderly, disabled, or those 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 Centers 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 for 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. 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.

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 that 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 that influence levels of health and illness.

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

Dr. MANLEY (Jamaica): While there is no room for complacency, on the whole the health status in Jamaica has shown 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, although the actual figures are in doubt because of some underreporting. Steps are now being taken to correct this.

There have been no outbreaks of poliomyelitis. However, sporadic epidemics of measles continue, and the severity of the disease is increasing. 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. PAHO has been assisting us with epidemiologic studies to determine the pattern of these diseases in Jamaica and to identify measures that 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 program.

There has been some improvement in water supplies and environmental sanitation. Notwithstanding, small outbreaks of typhoid indicate 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 U.S. Center for Disease Control in Atlanta, Georgia, 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. We would, therefore, 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 program as distinct from the curative program that had been in existence for many years. The consultant held extensive training programs 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 national 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 universal, equal access to at least a 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. In this context, the approach to secondary health care at this time should be to increase the efficiency of hospitals, to ensure optimum be used, and to upgrade emergency and other basic facilities to support the primary health care program. The delivery of health care is most effectively and efficiently achieved, we feel, when the curative and preventive services are fully integrated. 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 program. It was decided that emphasis should be placed on primary health care service. Further on, a synoptic outline is given of the design and main features of this program.

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 of America, 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. 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 and epidemiologic services and centers to determine cost effectiveness, engage in long-range planning, and continue the evaluation of programs.

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 redesigning 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 decentralization 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 programs. Another influencing factor is the continuing high birthrate--28.9 per 1,000--which results in a pyramid 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, with special emphasis being placed on the nutritional, health education, family planning, and immunization 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: One community health aide to approximately 1,000 persons; one midwife to 4,000 persons; one public health nurse to 10,000 persons; one public health inspector to 10,000 persons; and one medical officer to approximately 20,000 persons.

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

There has been a substantial increase in the training and deployment of such technical support staff as 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 highly trained and skilled school dental nurses. 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 actually been 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 program of this sort, which pays such high dividends. PAHO is associated with this program by assisting with a research project on the effectiveness of fluoride rinse.

With regard to the nurse practitioner program, training commenced in 1977, and the first graduates were assigned to 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 other professionals, particularly the family nurse practitioner and the pediatric nurse practitioner. The nurse anesthetist/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 carry out detailed physical examinations in order to become thoroughly familiar with the normal, and thus recognize the abnormal. They are afforded the opportunity to diagnose and treat in accordance with specific guidelines. They have been well received by both physicians 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 programs to reduce malnutrition by 50 per cent within the next five years.

In 1974 there was cause for concern. About one-fifth of the children under four years of age were significantly underweight. Three per cent of children in the second year of life were so severely malnourished as to require urgent treatment; the cost of hospitalization of such patients was estimated to be approximately 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 nutritional status.

It has been recognized that dietary intake among less educated and poorer persons is not determined solely by unavailability of foods that could provide a balanced diet but by 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 part of the development plan for a section of the country financed mainly by a loan from the International Bank for Reconstruction and Development.

In specific areas where pilot projects were introduced from the early 1970s, 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 would 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. One of its principal tasks is to ensure that preventive measures be tightened up in relation to diseases such as rabies, foot-and-mouth disease, African swine fever, and hog cholera--diseases which fortunately 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 programs that inevitably require a heavy financial input, represent a logical approach toward achieving our objective of a good health service available to all the population.

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

SIXTH PLENARY SESSION
SEXTA SESION PLENARIA

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

President:

Presidente:

Mr. H. J. Preudhomme

(Grenada)

The PRESIDENT: It gives me very great pleasure to welcome this morning Dr. David Tejada-de-Rivero, 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, but 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 Dr. Mahler, Director General de la OMS. El ha sentido mucho no poder estar presente en esta XX Conferencia Sanitaria Panamericana, XXX Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas ya que 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 Sr. Ministro de Salud de Costa Rica. El hecho de que fuera él quien lo 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, Sr. Presidente, las felicitaciones por su merecida elección y a los distinguidos delegados de los países de América, al Sr. Director de la OPS, 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 OPS, 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, 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 esa 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 requería 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 se 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 dudarlo, se multiplicarán a medida que de veras caminemos hacia adelante.

En este 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: "... Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud no es nada en sí misma. Solo llega a ser algo cuando consigue 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 Confe-

rencia, 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 volver a citar literalmente al Director General, "... Adoptar resoluciones altisonantes en esta Asamblea y en los comités regionales, y luego hacer peticiones oportunistas a nivel nacional para proyectos de asistencia técnica inadecuados y sin posible efecto duradero en la mejora de la salud de la población equivale a desvirtuar por entero las relaciones entre la OMS y sus Estados Miembros. Solo podremos hacer frente a los problemas colectivos si las acciones que emprendamos en los países y a escala regional y mundial son interdependientes y complementarias".

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 Delegados, 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. It was chaired by the First Vice-President of the Conference, Dr. Julius Richmond and 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 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 Nongovernmental 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, then the report is adopted.

Decision: The report was adopted.

Decisión: Se aprueba el informe.

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 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: "The Conference shall elect Member Governments to serve on the Executive Committee, in accordance with Article 15, paragraph A, of the Constitution."

Article 15.A reads: "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."

Also of importance in this regard is Rule 55 of the Rules of Procedure: "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 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.

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. PADILLA LEPAGE (Venezuela): La Delegación de Venezuela se complace en presentar a la consideración de esta Conferencia 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 that you will find these discussions very fruitful.

El Ing. 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 to appoint Dr. Key of the United Kingdom and Dr. da Costa of Brazil as the tellers.

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 considera 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: "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, it has always been interpreted that the Committee on Credentials has the duty and 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 that the Conference 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 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 en comunicarse con el número de telex que ellos conocían sin haber alcanzado esos resultados? Es decir, ¿puede alguno de los delegados 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. Lúgía 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 Dr. Manuel Cornejo. Ambos podemos dar fe y testimonio de que la Dra. Lúgía 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 the 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 again.

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 the Conference. I cannot be satisfied 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 has no way of knowing, who is the correct authority or who is the correct representative of countries. Although I will 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?

It was so decided.
Así se acuerda.

El Ing. 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 ha dañado y no hemos podido obtener esta confirmación. Sin embargo, existe, como dice la Dra. Leroux, un do-

cumento 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.

Decision: The second report of the Committee on Credentials was approved.
Decisión: Se aprueba el segundo 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
(continuation)
- TEMA 26: ELECCION DE TRES GOBIERNOS MIEMBROS PARA INTEGRAR EL COMITE EJECUTIVO POR HABER LLEGADO A SU TERMINO LOS MANDATOS 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 Governments of Guatemala, Peru and the United States of America were elected Members of the Executive Committee.
Los Gobiernos de Guatemala, Perú y los Estados Unidos de América son elegidos Miembros del Comité Ejecutivo.

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.

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 OPS en los últimos cuatro años mediante sus relaciones a nivel de país y como miembro del Comité Ejecutivo y del Consejo Directivo de la OPS. 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 OPS, 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, los países del Continente tienen frente a sí grandes problemas que han sido reconocidos ampliamente no solo 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 OMS y puestas en práctica en nuestro Continente por la OPS.

Desde luego, y como también dijo acertadamente el Director, 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 del 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 del 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 OSP ha prestado a los Gobiernos ante los organismos financieros internacionales, especialmente el BID, 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 OSP.

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 LEPAGE (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 Permanen-

te 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 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. En su larga 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 antituberculosa 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 OPS 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 en 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 implemen-

tação 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. GONZALEZ (Panamá): Con profunda pena cumpla la misión de comunicar que el Dr. José Renán Esquivel, médico panameño, candidato al puesto de Director de la OSP, 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 CAMPO (Argentina): Hemos observado durante el último período de gestión de la OPS 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 factor muy importante 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 de la XXIV Reunión 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 VALLEJO (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 Sr. 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 Bo-

lívar, 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 del 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 that 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 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. Article 4 of the Constitution 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." Moreover, "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.

Ms. MILLER (Barbados): Mr. President, I would be grateful if the Secretary would inform us of the time lapse that may occur between ballots. If it happens that there is more than one ballot, will there be a time lapse between the two ballots?

I am grateful that the rules governing the procedure for this election have been read out to us, 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.

Mr. President, as we go 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. I would reiterate what has already been said on more than one occasion in this Conference: 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 between ballots.

The SECRETARY: 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. In my experience the Conference has always agreed to any request for a recess.

I should just like to say in response to what the Delegate of 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, 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 the English alphabetical order and ask them to come as I read their names 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, and 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. Héctor Acuña, 18; votes in favor of Dr. de la Torre, 2; votes in favor of Dr. Valladares: 12. I declare Dr. Acuña elected.

Applause.
Aplausos.

I now invite the Delegates of Colombia and Argentina to escort Dr. Acuña back to the hall.

Applause.
Aplausos.

Dr. Acuña, you have been elected Director of the PASB for the next four years.

El Dr. ACUÑA (Director): Primero le 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. Dirigir 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 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.
Aplausos.

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 reelection 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 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 Organization. This will require a high degree of statesmanship. There should be no bitterness or victimization. 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 that was distributed, as was said before, did not do us any good. 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, 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 Committee itself will have to take stock and to take the initiative rather than wait until the Secretariat of the Organization makes recommendations.

I would like to say, with respect to the matter of amendments that we have raised here, that we have already decided to put forward a paper for consideration by the Executive Committee next week. I do not expect the Executive Committee to take decisions at that time, 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. I am hoping that within one year we will be able to attend to this matter.

Finally, I am deeply sorry to hear, in view of his immense administrative ability and the assistance that 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. 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 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 reelection 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.

SEVENTH PLENARY SESSION
SEPTIMA SESION PLENARIA

Wednesday, 27 September 1978, at 2:45 p.m.
Miércoles, 27 de septiembre de 1978, a las 2:45 p.m.

President:
Presidente:

Mr. H. J. Preudhomme

(Grenada)

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 honor de presentar a la consideración de la Conferencia la candidatura 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 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 solicita el apoyo de los distinguidos delegados, en la seguridad que el Dr. Lee sabrá conducir en forma adecuada las Discusiones Técnicas de esta XX Conferencia Sanitaria Panamericana.

El Dr. PADILLA LEPAGE (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 A. Lee, 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): 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 of 12 months. Adoption of a biennial program budget cycle will have a significant impact on the following activities of the Organization.

First of all, review of the proposed program budget by the Governing Bodies will take place during 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-numbered 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 quota 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 the 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. Therefore, 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 on 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 working document 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 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 that 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. Forth, 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, it is hoped that 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 working 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 full 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 stresses 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 that 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 discussed at WHO for over six years, was reviewed and discussed at the 80th Meeting of the Executive Committee. The Committee had before it the document to which Mr. Muldoon has referred.

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 Health Organization 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 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 extrabudgetary 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 agreements 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 variable percentage the amount indicated in the budget document, as a result of further 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 the 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 would 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 adopted and accepted to be put into practice for the Regional Body of the World Health Organization for the Americas.

Mr. HINDS (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 a two-year budgeting approach, there should also be some resources, some funds, in PAHO that could be utilized to meet the projected operational costs, 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 resources 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 is adequate, in view of the longer financial planning period.

Dr. COSTA (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 biênnais.

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 biênnais às modificações rápidas necessárias aos objetivos dos projetos no Brasil.

A Delegação brasileira não vai se opôr, nem vai continuar argumentando contra os orçamentos biênnais mas chama 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.

Mr. 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): La Delegación de mi país, al analizar esta propuesta, piensa que la misma supera la 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 ese período, pero el asunto se puede discutir y llegar a un consenso definitivo de ambas partes.

Para la OPS la propuesta tendría la ventaja de facilitar 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 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 Sr. 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 vamos a tratar precisamente el asunto relacionado con el nivel del capital de trabajo de la OPS, que tiene relación directa, como él señaló, con el ciclo de programa y presupuesto bienal.

Agradezco al Dr. Costa, Delgado 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. 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 la 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: el sistema le daría también la oportunidad a los Cuerpos Directivos de concentrar 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): Regarding the quota contributions and the question raised by the Delegate of Guyana, it should be noted that 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 a Government would be to continue to make annual payments. Even though the budget would show the quota for two years, there would be two equal installments and thus still an annual payment made by the Governments and not a two-year payment at one time. Does that clarify your point?

Mr. HINDS (Guyana): I appreciate that it would be an annual contribution, but it is a matter of providing funds from the Working Capital Fund until the quotas begin to come in at the desired rate. Item 19 of the agenda appears to answer my question.

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 of PAHO that would be required if this Governing Body adopts the proposed biennial program budgeting system. I refer you to Document CSP20/11. 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. Article 28 of the Constitution states 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."

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 Article 9, paragraph D, references would be deleted to the "annual" program and budget and the word "biennial" program and budget would be added; i.e. 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 that 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 these 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): Una aclaración, Sr. 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 a la Constitución. Pero por una cuestión de organización no se votó sobre el tema anterior. Pedimos que se vote, y si es necesario un número determinado de votos, de acuerdo con el Reglamento, para modificarla. Por lo tanto, quisiéramos que se aclare si se votará 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; se refiere a la propuesta de un ciclo de programa y presupuesto bienal para la OPS, contenida en el Documento CE80/13, Rev. 1, presentado al Comité Ejecutivo.

Se trata de votar en estos momentos sobre los dos temas que se acaban de examinar 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 a la Constitución que se proponen 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 wished, 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 could 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 es si, de acuerdo con la Constitución, cuando se estudian reformas a la misma se debe votar artículo por artículo con las reformas que se proponen. 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 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.

Mr. ANDREW (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 encontrarán razonable, con lo que todo el propósito quedaría perdido. En realidad la idea es de que si se quiere adoptar 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 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 the proposed amendments to the PAHO Constitution contained in the proposed resolution. A two-thirds majority is required. The proposed amended portions of Articles 4, 6, and 9 of the Constitution 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."

Decision: The proposed amendments to Articles 4, 6, and 9 of the Constitution of PAHO 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 CSP20/18);

Taking into account the disadvantages identified, but acknowledging the advantages of establishing 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 C, 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. To adopt a biennial program and budget for PAHO, beginning with the biennium 1980-1981, and which shall be reviewed and approved by the Directing Council every two years.
2. To instruct the Director of PASB to submit the first biennial program and budget to the Directing Council at its 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. To construe all prior resolutions and decisions of the Governing Bodies according 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 CSP20/18);

Teniendo en cuenta las desventajas identificadas, pero reconociendo las ventajas de establecer el presupuesto bienal 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;

Enterada 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 C 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 la Organización 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 podrá 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 (continuation)
- 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 CONFERENCIAS SANITARIAS PANAMERICANAS (continuación)

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

Dr. VAN KANTEN (Suriname): Allow me to extend, first of all, my congratulations to those who have been elected to the honorable positions of this Conference and 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 Dr. Acuña for having been reelected to the 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 as to what is going on in our countries. The available data on Suriname have been submitted in writing.

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 the 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 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 that 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 Bahama 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 63 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 lesser 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 have as their 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 PAHO, 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 evaluating 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 four 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 for the adaptation of the original areas evacuated to provide 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 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 underway 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 prevalences of 187 and 237 per 10,000 were recorded among the age groups under 1 and 1-4 years, respectively.

A serologic 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 the islands. Appropriate local preventive measures were promptly instituted, and no secondary cases were encountered.

The Bahamas has decided to participate in the PAHO/WHO-sponsored Expanded Program on Immunization. In the summer of 1978, immunization of young girls against rubella was added to the national program.

The Bahamas became involved in the Caribbean pandemic of dengue fever in the second half of 1977, when type 1 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 epidemiologic grounds, considered dengue. Laboratory findings indicated that only New Providence was affected. A five-cycle aerial insecticide spraying of the area carried out between the 18-30 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 that have contributed to an increased awareness of the need for strengthening epidemiologic 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 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 development of drafts covering an up-to date Dental Act, a Private Hospitals Act, and an 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 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 toward 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 practicability 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 OPS, 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. Felicitamos al Dr. Acuña con la misma sinceridad, con la misma convicción y con la misma fortaleza con que hemos presentado la candidatura de una destaca personalidad ecuatoriana. Que coseche Ud. muchos éxitos en sus futuras gestiones en bien de los pueblos a los cuales representamos en la OPS.

Asistimos a esta Conferencia 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, 110 de los cuales fueron importados.

Las evaluaciones realizadas en 1973 y 1976 por técnicos nacionales y de la OSP, 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, así como asesoría técnica, adiestramiento, escuelas, centros de salud y 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 libre 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 con la ejecución de la monumental obra citada.

En el período a que nos referimos, se realizó 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 gr 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 (8.3 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 agua corriente. 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 OMS, expresada hace dos años en Ginebra, en relación al agua, tiene firme apoyo del Gobierno, 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 IV 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 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; dicha política 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, firme apoyo a los programas de control de enfermedades transmisibles, adiestramiento y formación de los recursos humanos, así como también mediante 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 \$360 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 OPS, 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 BID, que hace pocos días aprobó la solicitud del Gobierno 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, Sr. Presidente, sujeto 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 OSP 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.

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 Brasília in 1976, Washington, D.C., in 1977, and Lima in 1978.

The meeting in Brasília 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 Brasília, 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. Joaquín Cravioto of Mexico Vice-Chairman for a period of two years.

During the Brasília meeting, the Committee reviewed several studies that 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 meetings of the Scientific Advisory Committee 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 Regional Library of Medicine and the Health Sciences.

At the 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: nutrition, ecology, communicable diseases, and the development and extension of health services. A special Working Group on Nutrition examined the recommendations made during the special session on nutrition and 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 complementary. 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 operations research into this area must be of benefit to Governments and should provide the basis for applying the technology 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 be orientation toward research during basic professional education as well as in postgraduate courses.

The meeting held in Lima in 1978 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: 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 of equal or greater importance in the Hemisphere may be accorded comparable priority.

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 research if the WHO funding was only seen 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 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 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 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 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 1978 as are meetings for the other subregions for 1979.

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 that have them and then try to propose a regional policy.

Mr. President, I should like to end by making two comments. First, I would hope that Members of the Directing Council will inform the ACMR as to what they consider the proper role and function of the Committee to be. Secondly, the ACMR is 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 políticosociais, 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 equinocócido 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 autoafirmação 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 countries should center on their own resources. That is why the ACMR has set up the task of assessing the various health policies for the Region and of providing what help it can in aiding 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.

EIGHTH PLENARY SESSION
OCTAVA SESION PLENARIA

Thursday, 28 September 1978, at 9:00 a.m.
Jueves, 28 de septiembre de 1978, a las 9:00 a.m.

President:
Presidente:

Mr. H. J. Preudhomme

(Grenada)

- 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: INFORME 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 CONFERENCIAS SANITARIAS PANAMERICANAS (continuación)

Report of 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 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.

Para juzgar adecuadamente este informe es indispensable hacer una revisión general del actual panorama geográfico, así como del estado de salud de la población y sus factores condicionantes sobresalientes.

Colombia pasó de 23 millones de habitantes en 1974 a 24 millones en 1978. Este aumento relativamente pequeño, pronosticado hace algunos años, es consecuencia de la tendencia decreciente de la mortalidad y la 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, con 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 tendencia sostenida en la disminución de la mortalidad infantil. La tasa actual sigue siendo apreciablemente alta, razón por la cual muchos 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 indica que casi la mitad de las defunciones 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 notable fue 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, la renuencia de la comunidad a cooperar debido a su marginamiento social, la creciente resistencia biológica, tanto del mosquito como del parásito, a los productos químicos, las condiciones económicas de esas regiones y los 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 producen en instituciones hospitalarias y representan la cuarta parte del total de las hospitalizaciones, se decidió modificar la estructura hospitalaria. Así, se introdujo la atención materna para dedicar las camas disponibles a los partos de mayor riesgo, es decir, aquellos que ocurrían en los domicilios en condiciones sanitarias desfavorables. Los recursos humanos, físicos y financieros disponibles en forma organizada a través del sistema nacional de salud y la realización de acciones sobre el medio ambiente son también factores condicionantes de la situación de salud de la población.

Al 31 de diciembre de 1977 el país contaba con 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 de cada uno de los tipos de recursos--aspectos de la mayor trascendencia--los problemas crónicos de concentración de los grandes centros urbanos y la deficiente utilización tienden a reducirse en forma sustancial mediante la utilización masiva de personal auxiliar con gran énfasis en la delegación de funciones. En cuanto a la disponibilidad de camas hospitalarias, en el cuatrienio se agregaron 3,966 camas 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 de ocupación. En cuanto a los recursos financieros del sector oficial, en el período 1975-1978 se pasó de 6,598 millones en el primer año a 11,186 millones en 1978 con un importante incremento de 69.5%. 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 solamente a 7.4% en 1978.

Como este informe se refiere a los cuatro últimos años se ha hecho la presentación 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. El citado plan tuvo como objetivo fundamental el lograr un crecimiento de la economía que hiciera posible la creación masiva de empleo productivo y que, 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, fomento de las exportaciones y desarrollo regional y urbano. Estas políticas macroeconómicas, con 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 acceso a la población más pobre 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 que la política de empleo más efectiva, a largo plazo, 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. Por otro lado, el fenómeno de la marginalidad urbana justificó el programa de integración de servicios y participación comunitaria en zonas marginales urbanas; el programa persigue el mejoramiento de las condiciones de vida de esas zonas mediante la 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 conse-

cuencia un enfoque de solución integral para el logro de una mayor eficiencia en la asignación de recursos y el cumplimiento de los objetivos propuestos.

El Gobierno identificó las siguientes políticas específicas en el sector salud:

1. Aumentar la cobertura de los servicios de salud, dando prioridad al grupo materno-infantil, considerado el más vulnerable de la población.
2. Disminuir la brecha que en materia de servicios relacionados con la protección de la salud aún separa 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 para aumentar y mejorar los servicios de recuperación de la salud. Dotar a todas esas instituciones de 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 delegarles 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, a 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 se 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.

Algunos de los mecanismos reguladores del Sistema Nacional de Salud que han sido objeto de notable desarrollo en este período son las normas legales que dan base jurídica al Sistema y que regulan los aspectos fundamentales de su estructura y funcionamiento; la organización básica para su dirección, que determina los modelos normativos del nivel local u operativo; la del nivel regional con responsabilidad administrativa y operativa sobre varios niveles locales; la del nivel seccional con funciones técnico-administrativas y la del nivel nacional con responsabilidades político-normativas, así como las de los regímenes de adscripción y vinculación, de origen público o privado, de las entidades e instituciones de salud que 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 establecen en forma especializada las normas de operación de las áreas consideradas más críticas.

Específicamente en inversión, los esfuerzos fueron sobresalientes. Solamente entre 1975-1978 se garantizaron para 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 se agregan los fondos provenientes de los créditos externos ejecutados en el período, concretados o en proceso de concretarse, 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, "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 dos 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 cuatro millones de habitantes. Este grupo humano representa el 37% de los nueve millones de habitantes que al comienzo de este cuatrienio carecían 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 red eficaz 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, de 53.5 en 1974 a 80.5% en 1977; cobertura de menores de un año, de 83.8 en 1974 a 87.8% en 1977; cobertura de niños de 1-4 años, de 32.8 en 1974 a 31.3% en 1977; cobertura de niños de 5-14 años, de 15.5 en 1974 a 19.7% en 1977. Vale la pena destacar 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 (INAS) en localidades que tienen entre 50 y 2,500 habitantes, y el Instituto Nacional de Fomento Municipal (INSFOPAL) en localidades de mayor tamaño.

El INAS construyó 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 \$8 millones de la comunidad.

En relación con el INSFOPAL, las obras terminadas comprendieron 244 localidades y ciudades para beneficio directo de 3,594,000 habitantes y cambio en cobertura del 70 al 74% en acueductos, y del 31 al 43% en alcantarillados.

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 defunción en los menores de 15 años, y disminución de la mortalidad materna por las causas tradicionales.

En cuanto a las enfermedades transmisibles de notificación obligatoria su análisis nos muestra la siguiente situación durante el período: 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 poliomielitis aguda.

La estructura física comprende tanto las actividades de construcción de obras nuevas y de ampliación y remodelación de instituciones de salud como las tendientes a la financiación y adquisición de la dotación indispensable. El Fondo 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 y de 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 en relación con problemas de salud de mediana y alta complejidad. Los importantes recursos disponibles en 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 esos equipos especializados. Hasta mediados de 1978 se habían obtenido, o estaban por obtenerse, créditos por más de 4,500 millones de pesos.

Report of 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. 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 1977 we in Barbados completed 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 improving the efficiency of institutional and noninstitutional 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, the 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.

The 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: first, to establish a national drug service during 1979 and, second, to establish a medical care service with emphasis on primary care by the end of 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 the Ministry of Health, for utilization in all government health care institutions and drug outlets. The Inter-American Development Bank has provided aid in the form of nonreimbursable technical cooperation to undertake a study for the operation of this service.

The strategy for the development and operation of the proposed national health service rests upon the following principles: that entry to any part of the health care system be through the general practitioner; that emphasis be on the continuity of care to the consumer rather than the curing of episodic illness; that the services be available and accessible to all and that the emergency services be available on a 24-hour basis; that all components of health care be complementary; and that community awareness of the range of services offered 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, the Government will monitor and evaluate the programs on a regular basis. 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 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 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. Following the two-year assignment of a PAHO sanitary engineer, the Government has appointed a manager and a deputy manager to the Sanitation Service Authority, which is responsible for the solid waste 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 of age 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 epidemiologic 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, poliomyelitis, typhoid, and cholera were continued.

In the area of veterinary public health the animal and human health project was revised in 1977, and a number of positive gains have now been registered--the chief being the preparation of dog control legislation and the construction of a dog pound.

I have given a brief account of our efforts during the past years, together with our projections for continued progress in the health field. I should like to take this opportunity to express, on behalf of the Government of Barbados and of my Ministry in particular, our sincere appreciation for the very commendable assistance that has been rendered to us by the Pan American Health Organization during the past years. We anticipate, with confidence, the continuation of mutually happy and productive association during the years that lie ahead.

Report of the Delegation of France
Informe de la Delegación de Francia

Le Dr. Jeanne BROUELLE (France): Je voudrais tout d'abord m'associer aux félicitations qui ont été présentées au Dr. Acuña pour son élection et l'assurer de tout notre soutien pendant ces quatre prochaines années.

En ce qui a trait à la situation sanitaire et la politique qui a été développée pendant les quatre dernières années aux Antilles et en Guyane française, je ne ferai que quelques commentaires, car beaucoup d'éléments figurent déjà dans le rapport très complet qui a été présenté par le Dr. Acuña.

Tout cela est très influencé par les conditions géographiques et démographiques de ces départements qui sont d'ailleurs assez différents d'un endroit à l'autre. Alors que la Martinique et la Guadeloupe sont des îles à densité de population relativement élevée, surtout la Martinique, la Guyane par contre reste très dispersée. On y distingue à côté d'une zone côtière où la population est relativement plus dense, des zones de forêts inexploitées dont la pénétration est extrêmement difficile et où vivent seulement quelques milliers d'habitants qui passent d'ailleurs souvent d'un site à un autre ou même d'un pays à l'autre

dans les régions frontalières du Suriname et du Brésil. Evidemment cette mobilité rend beaucoup plus difficile la surveillance sanitaire et favorise la propagation des affections.

La population a eu tendance à s'accroître rapidement ces dernières années mais s'est à peu près stabilisée sous plusieurs effets conjugués, celui de la diffusion des méthodes de contraception et surtout l'émigration vers la France continentale, tant et si bien que nous assistons à une stabilisation de la population qui au total se chiffre à 700,000 habitants environ, soit 325,00 en Guadeloupe, à peu près 330,000 en Martinique et 55,000 en Guyane. Le taux de natalité baisse régulièrement mais inégalement et la diminution est surtout accusée en Martinique où l'on enregistre un taux de 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 essayé des échecs et 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 essayé 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 Les identifications ont montré pour la première fois la présence de virus du type I.

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, ankylostomiasés et, en Martinique et en Guadeloupe seulement la schistosomiase. Il faut noter d'ailleurs que les schistosomiasés 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 décroché 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 affections; veux parler des problèmes de santé mentale dus essentiellement chez les adultes à l'alcoolisme 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, mais nous n'avons pas encore mis en place une formation satisfaisante et nous sommes en train d'y remédier.

Les équipements, hospitaliers sont largement suffisants, on l'a dit, quantitative-ment, 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'adduc-

tion. 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 de la prévention 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 dus 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 décroisonner 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 les réels obstacles que nous rencontrons pour obtenir un véritable travail en équipe. Le même problème se pose dans la lutte contre l'Aedes aegypti. 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 inférieures, 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 s'est réjoui 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 of the Delegation of Ecuador
Informe de la Delegación del Ecuador

El Dr. BERMEO VALLEJO (Ecuador): Lo hice ya en privado y hoy deseo hacerlo 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 esta Conferencia una síntesis del informe que se ha hecho circular entre los delegados, 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 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 llevaron a cabo 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 sistemas de alcantarillado al 63% de la población urbana. Estos porcentajes se comparan favorablemente con 62 y 47%, respectivamente, 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% 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 del nivel de salud.

Ha sido preocupación permanente de nuestro portafolio 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 ya que 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 habitantes.

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 participación de las facultades de medicina. En este momento formula el respectivo programa horizontal de control y atención.

En 1975 se inició el programa de alimentación suplementaria con el 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 actividades, 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. Junto con las actividades mencionadas se ha dedicado también atención a la regulación de la fecundidad y a la detección oportuna del cáncer cérvico-uterino así como al 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 sobre el año anterior. En el componente de detección oportuna del cáncer cérvico-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 tenido oportuna solución.

En cuanto a salud bucal, en 1977 se atendió a 337,000 personas, o sea, un 35% de incremento con relación a 1976 y más de 50% en comparación con 1974. Además de la atención dental se lleva a cabo 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 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 fue 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 hospita-

larios a 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 en remodelación o construcción 29 hospitales. El monto de inversión por este aspecto ha sido hasta 1977 de unos 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 a 9.37% en 1977, a pesar de lo cual todavía es insuficiente para atender los múltiples problemas de salud.

La operación de la capacidad instalada y por instalarse ha generado innumerables problemas de todo tipo. Entre ellos 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 han puesto en marcha importantes programas en convenio con las facultades de ciencias de 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 nueva capacidad empieza a funcionar cumpliendo 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 en 1975 era de 57.6 por 1,000 nacidos vivos, es significativamente menor a la tasa de 1974 que fue 7.02 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, y un incremento de los grupos de las enfermedades crónicas.

Me he permitido presentar una breve síntesis de las labores realizadas, de cuyos beneficios son testigo el pueblo y Gobierno ecuatorianos. Señor Presidente y señores delegados, nuestro conocimiento de las grandes virtudes que en beneficio de la salud pública de nuestro Continente Hispanoamericano han caracterizado siempre a los Miembros de esta Organización, me facilita 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 of the Delegation of Venezuela
Informe de la Delegación de Venezuela

El Dr. PADILLA 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 sostenida tendencia al descenso de los indicadores de salud más importantes del país. De una población de 11,600,000 habitantes en 1974 hemos llegado a una población de 12,700,000 en 1977. La expectativa de vida del venezolano era de 67.2 años en 1974 y ha pasado a 68.1 en 1977. La tasa bruta de mortalidad general de 6.3 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 reitutiva.

Los programas tradicionales--me refiero a los programas de lepra, tuberculosis, enfermedades cardiovasculares, cáncer, programas de salud dental--han aumentado su cobertura poblacional y geográfica en todo el país con la creación de nuevos servicios. Los nuevos programas que se han llevado a cabo en este período han sido dirigidos, sobre todo, a atacar a 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 problemas, 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 ido dirigidos primero a realizar una encuesta nacional para conocer 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 mediante la distribución de suplementos alimenticios a toda la población.

Había 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 ser atendidos debidamente. Se han ido construyendo granjas para ancianos a nivel de las capitales provinciales y por decreto presidencial a todos los ancianos mayores de 65 años, indigentes, que no tengan el apoyo de su familia, el Estado les asegura una pensión por el resto de su vida, que equivale al 75% del salario mínimo que se paga en Venezuela. Esta es la protección socioeconómica que el estado venezolano actualmente está implementando para todos los ancianos indigentes mayores de 65 años en todo el país.

El programa de planificación familiar, oficializado en 1974 con la aceptación general por parte de la población y sobre todo a nivel de las barriadas humildes de los grandes centros urbanos, presenta cada día mayor demanda. Cada día concurre mayor número de personas, y estos servicios tienen una clientela fija de mujeres humildes que concurren a ellos. 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, se creó por decreto presidencial 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 molestar 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 de programas rutinarios de mantenimiento--el país en estos momentos ha logrado alcanzar gran parte de 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 ellas. En lo relacionado con la atención médica, quiero referirme al campo donde la acción del Gobierno nacional ha sido más significativa y agresiva su política asistencial. Durante este cuatrienio esos servicios aumentaron en forma significativa. De 347 hospitales que había en 1974, el número ha ascendido a 440 en 1978, lo cual significa que ha habido 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 en 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 concurre a ellos no para una simple consulta, sino para acciones más complejas que se realizan a su nivel. Ello nos ha permitido disminuir sustancialmente el promedio de estancia en nuestros hospitales. Se ha acortado el promedio de estancia porque las camas son mejor utilizadas. Las medicaturas 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 para aumentar la cobertura de los servicios primarios de salud.

En la atención hospitalaria a que me he referido, el fenómeno de concentración urbana viene incidiendo 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 alrededor de 3.6%. Este hecho demuestra claramente el enorme crecimiento vegetativo de la población, más el aporte migratorio de la población que se trasladó a las zonas urbanas en busca de nuevos horizontes de trabajo, mayores oportunidades y mejores condiciones de vida. Ello ha traído como consecuencia 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 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 Servicios Múltiples". En estos módulos se brinda asistencia social, áreas recreativas, mercados, seguridad pública para las zonas marginales y periféricas de la población y, generalmente, están constituidos para atender una población de 20,000 habitantes. Durante el cuatrienio se han inaugurado 102 módulos de atención médica para los barrios marginales de las grandes ciudades del país, que cubren una población de cerca de millón y medio de habitantes.

Por último, Sr. Presidente, quisiera referirme muy brevemente a lo realizado en función de dos acciones básicas de saneamiento como son el abastecimiento de agua potable y la construcción de viviendas rurales. Desde 1974 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 una inversión estimada en EUA\$50 millones. El programa de vivienda rural es uno de los programas tradicio-

nales del Ministerio de Sanidad, mediante el cual, desde que fue diseñado en 1959, se han construido 200,000 viviendas para las clases campesinas. Durante el período 1974-1977 el número de viviendas rurales construidas en el país fué 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 el rancho campesino tradicional--la choza de paja-- por una vivienda higiénica adecuada donde las condiciones de transmisibilidad de la enfermedad de Chagas se vean interrumpidas por la ausencia del vector.

En esta forma, Sr. Presidente, señores delegados, hemos dado una vista panorámica de lo que ha hecho el Gobierno de Venezuela durante los cuatro años del informe.

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.

Report of 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 quadrienio 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, 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 nacional que ha sido factor importante del éxito en los 25 años de labor del Servicio Nacional de Salud de Chile. Paralelamente se han establecido mecanismos que estimulan 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 interpendientes, 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 de los niveles secundario y terciario por esta mayor cobertura.

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 poliomiélitis 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 del niño sano, mecanismo indispensable para el fomento y protección de este grupo etario.

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, muy ligadas a problemas de saneamiento ambiental, cuya compleja solución 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 of 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 de 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 de união fraterna, para a melhor utilização de recursos técnico-científicos, financeiros e políticos, em benefício da saúde de 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 de 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: construindo-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 muares, 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 km², 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 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 serológico 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 de 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-menigocócicas 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 Comparada. 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 cadeais 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 de 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 tem 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 of 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, representó un incremento de dos años. La mortalidad general, según la misma encuesta, es de 17.09 lo que significa que, comparada con las estimaciones de 1974, ha disminuido en 1.44. En la misma encuesta la mortalidad infantil se estimó en 174 por 1,000 nacidos vivos, que es una cifra mayor a las 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 de menores de un año está influenciada por las enfermedades gastrointestinales y respiratorias con más de 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 provocan, sino también por su gran impacto en los grupos etarios menores de cinco años y por su trascendencia 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 mortalidad, 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 mediante vacunaciones, y saneamiento ambiental. En relación con la vigilancia epidemiológica, en 1977 se registraron 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: en malaria se examinó un total de 10,000 muestras hemáticas positivas, y como resultado se rociaron con insecticida 5,732 localidades con 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%, 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 y 1978 se organizaron y fortificaron las unidades operativas a nivel regional, en algunos centros de salud-hospital, que representan una unidad de ejecución local como actividad coordinada integrada.

Hay un alto índice de desnutrición, sobre todo en los niños menores de 15 años; déficit proteico y calórico en el 15% de la población en general; anemias nutricionales en un 50% de las embarazadas y 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 más de 800 clubes de madres, con educación para la salud, nutrición y distribución de alimentos. En términos de las metas, se ha cumplido más del 70% de su programación, abarcando a más de 150,000 beneficiarios. Se ha impulsado la producción y el 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 hasta 1977 muestran que 20,000 personas se han beneficiado con la construcción de sistemas de agua y 72,000 con la construcción de letrinas y tanques sépticos. Se ha concentrado la firma de un convenio, con financiamiento externo de EUA\$4.5 millones, para saneamiento básico rural. Las actividades se iniciaron 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 15%, en comparación con el 22% a principios de 1960. Los accidentes en este mismo sector son del orden de 69 por millón de horas trabajadas. El impacto económico causado por accidentes 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 y 1976. La morbilidad por accidentes de trabajo en el sector manufacturero es del 15.2%. La morbilidad por pesticidas fue de 1.23 y la mortalidad 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 influjo 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 basadas 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, lo que crea diferencias en la calidad de sus servicios.

El análisis de los servicios institucionales comprende tres aspectos: cobertura institucional, la tradicional y el enlace entre ambas.

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. Área 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 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. Entre los principales se encuentran la accesibilidad geográfica, económica y cultural. La ubicación o emplazamiento de la infraestructura sanitaria rural frena en gran medida 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 del aporte económico comunitario en alguna medida.

Los bajos niveles de educación en los patrones culturales tradicionales actúan como el mayor obstáculo 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 UNICEF, desarrollándose actividades de control de enfermedades transmisibles, atención materno-infantil, 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, de salud rural como 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 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, los años anteriores muestran un incremento en egresos hospitalarios de 5% y en consulta de 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/OMS. Los servicios de enfermería, servicios social y educación sanitaria están en proceso de mejoramiento en su capacidad normativa y operativa.

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 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, en fecha reciente se ha promulgado un plan informal sobre el seguro social campesino, en el que, con la contribución directa de los trabajadores y del Estado, podremos ofrecer servicios médicos y sociales de mejor calidad.

Report of 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 OPS 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 presentar 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 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 of 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. Acuña on being reelected 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.

Grenada has adopted WHO 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. It is targeted that 95 per cent of the houses will have an approved system by 1980. This is a realistic figure, one 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 toward achieving that goal.

The collection and disposal of solid wastes are carried out in all towns and have been progressively expanded to suburban areas during the period under review. In Grenada, there is no processing of refuse. Solid wastes are 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 mosquitoes 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 are immunized against diphtheria, poliomyelitis, and tetanus; those from nine months and up to 10 years who have had no previous attack of measles are also inoculated against the disease. Tetanus and typhoid vaccines were given for those of 6 years and older. BCG is to be given 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 personnel 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. 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 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.

The incidence of communicable diseases 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. 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 schoolchildren, two students are at present receiving training in Trinidad and Tobago as dental assistants and are due to return in December. Facilities for the fluoridation of water are installed at the Lane Treatment Plant in 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 inpatients, 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 of 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 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 de 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 el nivel primario.

Para efectuar estos programas hubo 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 mencioné anteriormente, a unas 1,000 pequeñas comunidades con poblaciones del rango de 350 a 500 habitantes, con 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 de dar atención en salud, promueven los programas de vacunación contra las enfermedades prevenibles por vacuna. Se ha dictado cursos a 800 parteras empíricas, en especial parteras rurales.

Las áreas en donde se trabaja son Estelí, Matagalpa y Jinotega, las cuales están fortalecidas con donaciones y préstamos de la USAID, con contrapartida del Gobierno de Nicaragua 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 por parte 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), están 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 del 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 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, contando el 76.9% con 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 excreta 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 morbimortalidad 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, así como en el nivel primario de atención de salud, los sistemas de referencia y en lograr la participación activa, constante y sostenida de la comunidad, lo que 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 los 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 lo 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 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 de alta morbilidad, asimismo se están utilizando nuevas estrategias, reforzándose el programa por medio de vacunación con BCG indiscriminadamente; además el programa se ha integrado a los servicios generales y regulares de salud. Se administra el tratamiento ambulatorio y se hospitalizan los 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 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, cumplido 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 session rose at 12:20 p.m.
Se levanta la sesión a las 12:20 p.m.

NINTH PLENARY SESSION
NOVENA SESION PLENARIA

Thursday, 28 September 1978, at 3:00 p.m.
Jueves, 28 de septiembre de 1978, a las 3:00 p.m.

President:
Presidente: Dr. Paulo de Almeida Machado (Brazil)

Later:
Más tarde: Mr. H. J. Preudhomme (Grenada)

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 ORGANIZACION SOBRE SUS CONDICIONES Y PROGRESOS ALCANZADOS EN MATERIA DE SALUD PUBLICA, EN EL PERIODO TRANSCURRIDO ENTRE LA XIX Y LA XX CONFERENCIAS SANITARIAS PANAMERICANAS (continuación)

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

Dr. JONES (Guyana): I would like, on behalf of the Government and people of Guyana, to congratulate first, Dr. Acuña on his reelection as Director of the Pan Sanitary Bureau and, second, 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 objectives of improving coverage of health care; reorganizing the health care delivery system on the basis of a regionalized system; facilitating the accomplishment of these objectives through management development and information system programs; and developing personnel and technical cooperation.

When the program is completed, there will be a network of services varying from 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 nonexistent, 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 to extend 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; and 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 epidemiologic 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 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 has 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 compared with the same period in 1976--had been reduced by 70 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 entomologic 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 A. 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 that 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 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 the use of drugs in Guyana that 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 is another focus of 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 the 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.

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 felicitaciones al Dr. Acuña por su reelección.

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.

Existe en el momento actual un Plan Nacional de Salud que desarrolla el Ministerio de Salud Pública con el total apoyo del Gobierno. 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 técnicoadministrativa de este organismo. Ello ha llevado implícito una reforma que se está poniendo en práctica adecuada a las directivas técnicas y administrativas actuales.

Dentro de los sistemas de servicios de salud señalaremos la existencia en el Uruguay de subsectores públicos y privados que en este momento se coordinan en forma integral. El Uruguay cuenta con 16,303 camas de hospitales, con un índice de cama 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 enfermos agudos y un 48% para pacientes crónicos, incluyendo geriatría, salud 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 la capital contribuye a que las camas del Ministerio en la capital sean 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 las camas del Ministerio 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 asis-

tencia básica incompleta. La reestructuración que se lleva 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 cardiaca, centro nacional de quemados, centro de transplantes 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, debe mencionarse el énfasis que se ha dado a los programas de salud maternoinfantil y de salud mental.

La cobertura de servicios de salud se ha hecho a su vez mediante programas ejecutados con inversiones de la OPS. A este respecto señalamos que de 1975 a 1978 han tenido particular importancia los programas de saneamiento del medio, a los que se les asignaron \$35,000 en 1975; servicios de salud, \$80,000; atención médica, casi \$100,000, y salud materno-infantil, \$21,000. En 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 se ha abordado en el Uruguay en estos últimos cuatro años ha sido la restauración, reconstrucción, adecuación y construcción de la 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, en 1975 se reconstruyeron o construyeron 8,600 m²; otro tanto se hizo en 1976; 6,200 m² en 1977 y, en lo que va de enero a julio, de 1978, 3,050 m² de capacidad instalada.

Otra preocupación importante en este momento es la atención primaria. La atención primaria se dirige fundamentalmente al sector rural, lo que 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 recibido 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 educación 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 estos últimos cuatro años; es menester 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.

Report of the Delegation of Peru
Informe de la Delegación del Perú

El Ing. ELMORE (Perú): El Gobierno del Perú aprovecha la oportunidad para felicitar al Dr. Héctor R. Acuña por su reelección como Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y le expresa su deseo de que tenga 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 la 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 OSP 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 las actividades con participación comunitaria.

La población del Perú se estimó 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.

Del 15 al 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 plazo mediano. 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 riegos 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 de 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 una función clave en el 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, ya 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 subregional andino se podrán desarrollar así para atender intereses comunes en cada uno de los países integrantes.

El Convenio Hipólito Unanue es un brillante ejemplo de lo que puede realizarse dentro del concepto de cooperación técnica entre países en desarrollo.

Report of the Delegation of the 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 km² 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 fundamental la descentralización de sus programas y actividades, de tal manera que nos permita lograr que aun 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 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 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 de nuestros planes y programas.

Por otra parte, se está desarrollando un programa intensivo de formación de recursos humanos para satisfacer a corto, mediano y 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 morbimortalidad 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 diarréicas, 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 un 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 implementado 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% del grupo infantil, incluyendo preescolares 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, en 1974 el 60% de la población urbana y solo el 11% de la población rural disponía de agua potable. Existen deficiencias en los aspectos de disposición de excreta, 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, la 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 decididas.

En cuanto a la regionalización y atención de los servicios de salud se intenta consolidar el proceso de regionalización sanitaria y darle los instrumentos operativos para que dicha organización técnico-administrativa cumpla con sus objetivos finales. En este se están implementando programas específicos, entre los que podríamos señalar los siguientes: a) el proyecto de consolidación de la regionalización, cuyo objetivo básico es el fortalecimiento técnico administrativo de la organización regional en todos sus niveles y 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 adoptado por el Gobierno como la alternativa más razonable para proteger a un gran porcentaje de nuestra población. En este sentido se está estructurando 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 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 condicionan una situación de salud similar, tanto en el aspecto administrativo como en el nivel y estructura de la morbimortalidad. 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, que 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, ya que 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 y, 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 aún más con nuestros pueblos hermanos latinoamericanos, nuestros problemas y las alternativas de solución.

O PRESIDENTE: Com a exposiçãõ 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 moçãõ 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 on 28 September 1978. 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 in the verbatim record of the third plenary session: "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, on Monday morning, 2 October 1978.
- 6) The following order of business for this afternoon's 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 (continuation) 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 for the consideration of Items 18, 22, 27, and 33.
- 8) The delegates wishing to participate in the Technical Discussions to be held on Friday, 29 September, should register with the secretaries.

9) The General Committee will meet again on Monday, 2 October, at noon.

Mr. President, I have been asked to call the attention of the delegates again 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, the presentation of the Abraham Horwitz Award to Dr. Ruth R. Puffer will take place, with the President of the Conference presiding; (3) the five resolutions screened by the General Committee have been distributed.

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 reuni-nos para ouvir a 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 for the Technical Discussions to be held tomorrow. In the next few minutes, a form, with the heading, "Discusiones Técnicas," will be distributed so that you may register here. 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.

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): Official Document 153, the Financial Report of the Director and Report of the External Auditor for the period 1 January-31 December 1977, is primarily a report on the financial transactions of the Pan American Health Organization for this period, although it also contains statements and the auditor's report for the Institute of Nutrition of Central America and Panama (INCAP), the Caribbean Epidemiology Center (CAREC), and the Caribbean Food and Nutrition Institute (CFNI), as well as statements and the 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 an ongoing 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 is a series of exhibits summarizing incomes and expenses, as well as assets and liabilities, with appropriate supporting schedules and explanatory notes that amplify and explain certain of the items in the exhibits.

PAHO 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 in accordance with the Financial Regulations and in conformity with generally accepted common auditing standards.

The External Auditor has included some comments on page 65 of his report, paragraphs 3 and 4. In its Resolution IV, the 80th Executive Committee requested the Director to report to the XX Pan American Sanitary Conference Meeting 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 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.

The next pages (pp. 14-15) show 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.

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 page 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), is shown 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 the 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 INCAP's 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 and will be glad to answer any questions concerning this part of the Report.

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.

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 computer 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 performed 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 of 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, Official Document 154, reflects more accurately the priorities than the same program for 1978 presented in the previous budget document, Official Document 148.

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 Auditor's 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 Expenditures 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 PAHEF.

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 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, del cual formamos parte.

La Conferencia en este momento tiene ante sí precisamente una recomendación que le hace el Comité, aunque este no oyó toda la información que aquí se nos dio. Sin embargo, consideró que era suficiente la información recibida para recomendar a la Conferencia el proyecto de resolución que aparece en el Documento CSP20/10 (pág. 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.

Sin embargo, como yo hice énfasis también en relación al Informe del 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 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 en relación con lo proyectado. 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 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 y que será considerado más adelante bajo el tema 34 es el de los fondos extrapresupuestarios y el llamado "overhead". De manera, Sr. 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. BROUELLE (France): Merci, M. le Président. Je voulais simplement poser une question au Secrétariat. Nous trouvons isolés dans les comptes ceux de trois Centres qui me semble-t-il sont considérés comme centres panaméricains, à savoir le CAREC, le CSNI et l'INCAP. Je m'explique, je suis tout à fait d'accord pour trouver ces comptes isolés dans ce document, mais pourquoi trois seulement parmi les 10 centres qui, je crois, figurent comme centres panaméricains 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 cross-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" showing a significant 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 but has 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 the 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 field activities in Brasil. This initiative, the Executive Committee's response to it, and the further report that we obtained from Dr. Cooney have all been very useful. We need evaluation in the Organization at all levels, and this particular exchange was very helpful. I hope that the External Auditor will find other Governments' willing 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 Food and Nutrition Institute, and the Institute of Nutrition for Central America and Panama. These three centers are unique 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--the primary reason for their inclusion. 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 information on the Centers should be included to provide them additional information, 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 Delegate of the United States 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 that 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, D.C., 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. Washington, D.C. 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; as his commissions are based upon the amount of rental income in the building, he has a very good incentive for trying to increase income.

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.

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 países huéspedes 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, Sr. Presidente. Yo me temo que si hacemos un receso podamos perder parte de la gente que está aquí presente, y no se justifica hacer la entrega de un premio con menos gente de la que tenemos en este momento. Yo le sugeriría a la Presidencia, 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.

TENTH PLENARY SESSION
DECIMA SESION PLENARIA

Monday, 2 October 1978, at 9:00 a.m.
Lunes, 2 de octubre de 1978, a las 9:00 a.m.

President:
Presidente:

Mr. H. J. Preudhomme

(Grenada)

THE SECRETARY: 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. The President has already appointed a working party, which 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 by the General Committee.

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 RECAUDACION DE LAS QUOTAS (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 Addenda);

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 Addenda).
2. To permit, after noting the report of the working party on the application of Article 6.B of the Constitution of PAHO, 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 they 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 Addenda);

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 Addenda).

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, Paraguay y 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 dice: "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 reuniones anteriores. 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 es que si se nombra un grupo con la misión de redactar un proyecto de resolución, lo menos que debe hacerse es respetar el texto original. 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 cómo 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 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 COMITE 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 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.
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 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 la 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.

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: ELECCION DE TRES GOBIERNOS MIEMBROS PARA INTEGRAR EL COMITE EJECUTIVO POR HABER LLEGADO A SU TERMINO 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,

Bearing in mind the provisions of Articles 4.D and 15.A of the Constitution of the Pan American Health Organization; and

Considering that the Governments of 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: ELECCION DEL DIRECTOR DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA Y PROPUESTA DE NOMBRAMIENTO DEL DIRECTOR REGIONAL DE LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD PARA LAS AMERICAS (conclusión)

El RELATOR: El proyecto de resolución sobre el tema dice así:

THE 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 votes 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 ESTIMATES 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

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 OPS y OMS 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.

El proyecto se preparó basándose 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.

El 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 maternoinfantil; 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 socioeconómicos. Asimismo, la OPS tratará de concentrar sus recursos y esfuerzos en las áreas del Plan Decenal a 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, el Programa Ampliado de Inmunizaciones dará mayor énfasis a la cobertura de vacunación a niños menores de un año contra 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 maternoinfantil, 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 otorgando alta prioridad a los problemas de desnutrición, promoviendo 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 salud ambiental, la Organización prestará 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 adquirir un mayor 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 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 (pág. 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 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 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 extrapresu-

puestarios 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 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 Official Document 154. 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 on extrabudgetary funds has been included at the request of the Executive Committee.

This 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. 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 year 1979 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 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 the 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 assessment resolutions for 1979 PAHO regular funds are shown on pages 4 and 5 of the document. 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 to be 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 II, Administra-

tive Direction; and Part VI, Special Fund for Health Promotion, reflect the most direct level of technical cooperation with the countries. These 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 that are of most direct concern to us here are the PAHO regular funds. These are the funds that are appropriated by this 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 Services shown under AMRO-8670 (page 441). I will discuss that in more detail later.

I would like just very briefly to summarize the figures, to give some indication of how the funds originally shown in Official Document 154 were allocated among the various major program areas.

For Disease Control, 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 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 to it the extrabudgetary funds shown in the tables handed out to you. 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.

Let me draw to your attention some other tables and charts in the book that you may find convenient to refer to in considering the budget. On page 7, Table 2 distributes total funds in the various program categories in accordance with the nomenclature in the

Ten-Year Health Plan. Table 3 on pp. 8-11 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 that have the most direct impact upon the countries would be those 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 funds as well as by object of expenditure. This means 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 that 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 pp. 54-382. 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 pp. 383-393, you will find a detailed presentation of the Area Offices and Area Consultants. The regional projects follow this, starting on pp. 394-444. Then you come to Technical and Administrative Direction, on pp. 445-452. 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 extrabudgetary 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. 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.

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. The table on page 467 may be helpful if you wish to review these programs by fund source. Annex 6, on page 489, 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 as 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 10 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, appear the three important projects accruing to this Region.

On page 424, 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. 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 from a list of 10 that 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. We still hope 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 (pág. 489), e incluye las series de proyectos 0100 a 1200 (págs. 14-20), 1700 (págs. 23 y 24), 2600 (pág. 27), 3100 a 3600 (págs. 28-31), 4200 y 4300 (págs. 32 y 33), el proyecto 5171 (pág. 429) y la serie 7300 (pág. 45).

El propósito principal de la División de Control de Enfermedades es disminuir la morbilidad y mortalidad causadas 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 laboratorios 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 Escherichia coli toxigénicas.

En tres países se promoverán 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 Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales de la OMS.

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 la 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 ocupa un lugar preferente en los programas nacionales de malaria y en un futuro próximo recibirá la colaboración del Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales 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 mencionado Programa de la OMS, 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 OPS 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 Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales de la OMS, 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 mencionado Programa de la OMS 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 e 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 BID 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 PNUD 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 São 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 el costo de la salud: Problemas nacionales e internacionales". 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 de 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 the problems of 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 Kantén et du Dr van Kantén et du Dr Broyelle s'est réunie le 2 octobre. Elle a examiné et approuvé la demande présentée para 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): 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. I bring to you the sincere good wishes of 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 collaborated with PAHO since its inception. 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, the cumulative resources have totaled about \$500 million. For the next four-year period, 1979-1982, the projected program size is US\$600 million; 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 the Latin American and the Caribbean region, by the end of 1977 a total of US\$63 million has been spent, making it our second largest program after Asia. For 1978, an amount of approximately \$20 million has been programmed, and the projected expenditure for 1979-1982 is about \$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 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. The number of countries in Latin America in which PAHO 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 levels 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; in some circumstances construction costs have been paid.

PAHO's role is to supply technical expertise and administrative 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 seeking assistance. 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 community 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, inter-regional, 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 interagency 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 intercountry 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.

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 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 interparliamentary 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 geographic regions of the world. A regional meeting is 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, dissemination of information, and 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 personnel training programs. In a few countries of this region the Fund is now moving to support sex education, community distribution, community-based services, paramedical training, research, and 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 objectives ranging 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 throughout the Region.

- 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 ESTIMATES 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 los 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 los otros órganos 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 administering 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 amount to approximately \$7.2 million in 1978, \$6.1 million in the proposed budget for 1979, \$5.2 million in 1980, and \$5.2 million in 1981. As percentages of the Organization's overall budget these figures represent approximately 9.5 per cent in 1978, 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, 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 consideration. We anticipate that the same will happen in 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 that 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 the U.N. Economic and Social Council (ECOSOC) will submit to the U.N. 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 insufficient knowledge in making repairs. There are also problems in the distribution systems, with leakage losses of 50-70 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 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 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 the Canadian International Development Agency (CIDA) will continue in the Caribbean in the development of a 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 sub-regional 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, Bolivia, Brazil, Chile, Colombia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haiti, Honduras, Jamaica, Mexico and Panama). 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 (see program 2200, 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 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, 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 the Pan American Center for Human Ecology and Health (ECO) 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 São 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 (page 26). In the area of radiation, PAHO is collaborating to develop a basic radiological system utilizing an X-ray machine that 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 ECO 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 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.

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 that 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 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 this October. 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. The summary of the Division's budget is shown on page 491 of Official Document 154.

A significant amount of the activities of the Division of 39 per cent of \$5.5 million comes from UNFPA. 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.

The principal individual components of the Division are maternal and child health, nutrition, oral health, and mental health. If we analyze their budget needs separately, 50 per cent of the entire sum or \$7 million will go to maternal and child health; \$6 million or 43 per cent of the total to nutrition; \$461,000 or 3 per cent of the total to oral health and \$258,000 or 1.8 per cent of the total to mental health.

Detailed reports on the Division are given on pages 20-23 of Official Document 154. You will note that there are 11 AMRO projects and 23 country projects in maternal and child health. These focus primarily on assisting in the development or 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 that can be applied at the country level. New projects at the community level are being developed under the leadership of the Center in several countries of the Region. In addition, they are developing programs aimed at reducing maternal and infant mortality among women considered to be of 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 UNFPA. The routine addition of family planning services to maternal and child health programs will contribute substantially to the well-being of mothers and children. No preventive health program can be considered complete without including the availability of family planning services.

In those countries that do not include family planning activities, technical cooperation 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 provided 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 (INCAP) and the Caribbean Food and Nutrition Institute (CFNI), 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 projects (including two Centers) and 11 country projects. The total budgets for INCAP and CFNI (pages 406-407) are \$4.7 million and \$670,000 respectively. These two Centers are dedicating their efforts 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.

The field of mental health (pp. 21-22) has received an allocation of \$258,000 for four AMRO and five country projects. Included are activities in drug and alcohol abuse, concentrated primarily in the area of epidemiology and manpower development. In addition, the Mental Health Unit 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 Barbados, Cuba and Jamaica. 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 project to provide technical cooperation to all Member Governments 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 program 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 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 and mental and dental health components. They will seek the mechanisms to develop family health programs that 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. The Center for Perinatology and Human Development will be expanding its activities and increasing its competence in the field of nutrition, as well as developing field-type programs to permit the transfer of appropriate technology at the primary health care level.

A workshop is being held this month at the Center for Perinatology at which teams of family health-oriented individuals from four countries will be present. They are expected to

develop projects that will utilize the appropriate technology developed in maternal and child health programs in their respective countries.

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.

Dr. BRYANT (United States of America): I would like to take the opportunity at this time to make a comment. I am not sure if it falls under the topic of Family Health, 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 included 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 the 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. They 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 especial 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 want to thank the Delegate of the United States of America for his comments. The aging program in PAHO comes under the Division of Disease Control. We feel that what Dr. Bryant has just said is quite correct. 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, the experience of a very big portion of the population in regard to the health problems of aging is substantially similar to that of the United States of America, Canada, and Western Europe. Thus, this problem is a very important one. Finally, it may be noted 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. Aging could be one of the subjects which might be suggested as a possibility.

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

ELEVENTH PLENARY SESSION
UNDECIMA SESION PLENARIA

Monday, 2 October 1978, at 2:30 p.m.
Lunes, 2 de octubre de 1978, a las 2:30 p.m.

President:
Presidente:

Mr. H. J. Preudhomme

(Grenada)

Dr. KHAZEN (Canada): Canada would like to support the proposal made at the 10th plenary 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 the 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: Provisional Draft of the 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 of PAHO, 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 Program 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: Technical Discussions--"The Impact of Drugs on Health Costs: National and International Problems"; 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. To approve 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. To hold a session of the General Committee 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 ESTIMATES 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)

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, 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 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 essential, and coordination on specific aspects with other programs of the Organization indispensable.

In his address this morning the Director 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. Of that amount 60 per cent 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. With all the funds that have now been suggested or proposed under extra-budgetary funds, this latter amount could be increased to 16 per cent of the health services budget.

Official Document 154 offers a far 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 primary and secondary levels of care. For this component, \$1,484,200 is recorded, which amounts to 2.0 per cent of the total PAHO budget. This component comprises nine intercountry and 14 country projects, with 408 months of personnel costs, 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 pp. 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 or 1.1 per cent of the total budget is requested.

For "Health Planning" (5300), also on page 37, \$807,200 or 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 or 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 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 intercountry 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 disseminating 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.

Mr. ANDREW (United States of America): I wonder if it would be possible to have more detailed information than that just given by Dr. de Villiers on the implementation of AMRO-8703, since this is such an important approach to the extension of primary health care?

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 mentioned this morning. We have established within the Division a special task force on appropriate technologies, and within that task force is an interdivisional committee at the central level. That 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 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, to the socioeconomic needs and cultural characteristics. In the near future, with regard to developing the methodology by which we 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 improved means for better technology in the health field—which will include updated technology and the processing of 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.

Human Resources
Recursos humanos

El Dr. FERREIRA (Jefe, División de Recursos Humanos e Investigación): El área programática que nos 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. Esta programación corresponde a los proyectos de las series 6000 y 8000, cuadro 2 del Documento Oficial 154 (pág. 7), con la excepción del 8400 y del 8600.

Haremos la descripción del programa en las cuatro áreas mencionadas, para luego analizar las partidas presupuestarias correspondientes. La narrativa de esta programación aparece en el Documento Oficial 154 (págs. 39-50).

En 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 que busca 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, contribuyen a llevar a la práctica esta coordinación, como es el caso de los Núcleos de Investigación y Desarrollo en Educación y Salud (NIDES) que ya funcionan en ocho países; se planea el establecimiento de otros cinco entre 1978 y 1979.

La segunda meta se refiere a la planificación de los recursos humanos que se implementa a través del apoyo dado a las oficinas de recursos humanos que ya funcionan en los Ministerios de Salud de 14 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, seguiremos 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 continua que deberá cubrir las varias profesiones del sector y las distintas categorías de personal. El programa se desarrollará en tres etapas comprendiendo cada una de ellas cuatro países, y será financiado con una subvención ya aprobada por la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (CIDA).

El presupuesto de esta área programática (pág. 40), cuenta 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 cantidad 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, y 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, e 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 Colombia, México, Perú 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 interdisciplinariedad y una orientación comunitaria más amplia.

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 de las funciones y responsabilidades de las profesionales de enfermería, con la formulación de programas de estudio más orientados a la salud comunitaria y atención primaria.

Otras áreas de adiestramiento específico lo constituyen: 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; educación e ingeniería sanitaria y ciencias del ambiente, con un programa intensivo de cursos cortos y un creciente interés por la racionalización de los programas de recursos humanos en este campo, asunto sobre el cual estamos programando un seminario en cada país de la Región para 1979; en 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 se promueve 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 mencionados.

Para el adiestramiento de supervisores estamos iniciando en Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y República Dominicana 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 6100-6900 (Documento Oficial 154, págs. 41-44), y suman un total de \$3,209,852 que representa el 33% de nuestra área programática.

El tercer campo de actividades se refiere al desarrollo de recursos tecnológicos que comprende 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 Latinoamerica-

nos 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 con 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 (BIREME), que funciona en São 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 Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú, 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 BID para ampliar el programa a las demás profesiones de la salud y especialmente para el personal técnico y auxiliar necesario para aumentar 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 el Documento Oficial 154 (págs. 46-49), contándose con un total de \$3,842,900, o sea, 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, propiciando cursos y seminarios sobre nuevas técnicas y proporcionando material informativo.

Los centros multinacionales de la OPS han cooperado extensamente en estas actividades, lo que ha dado 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 Área 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 Argentina, Brasil 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 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 del Documento Oficial 154 (pág. 9). 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, se analizará la administración del programa de becas de la Organización, que para 1979 cuenta con \$4,617,223 para conceder 4,497 meses-beca como se indica en el cuadro 5 (pág. 13). De acuerdo con la tendencia actual, el 65% de los becarios de la Región estudian en países de la América Latina, y 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 planea una descentralización del programa a los mismos países y se está elaborando un directorio latinoamericano de programas 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 del Documento Oficial 154 (pág. 493).

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 extrapresupuestarios. 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 propios 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 se llega a un total general de EUA\$18,649,627 que se aplicará en la Región en 1979, el 15% a través de 24 proyectos de carácter regional, manejados a nivel de la Oficina Central, 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.

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 del 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) se detalla en el Documento Oficial 154 (pág. 38), Programa 5400, Sistema de estadística e información, y el proyecto de presupuesto correspondiente al segundo aspecto aparece en la página 449, Programa 9200, Vigilancia programática. En el Anexo 6, (pág. 494), encontrarán un sumario de proyecto de presupuesto global de la División de Servicios de Apoyo.

El propósito principal del Programa 5400 es 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 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 se le 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 (pág. 64 del Documento Oficial 154); Bolivia-5400 (pág. 99); Brasil-5400 (pág. 114); Costa Rica-5401 (pág. 154); Perú-5400 (pág. 319); Trinidad y Tabago (pág. 334); Indias Occidentales (pág. 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 (pág. 385) que corresponde a los países del Caribe de habla inglesa, holandesa, francesa, así como también Guyana, Suriname y Belice; AMRO-5420 (pág. 388), México, Haití, República Dominicana y Cuba; AMRO-5430 (pág. 390) Centro América y Panamá; AMRO-5460 (pág. 393) correspondiente a Argentina, Uruguay, Paraguay y Chile; AMRO-5400 (pág. 431) y AMRO-5474 (pág. 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 (págs. 432 y 433).

En el área de promoción, se proyecta organizar para 1979 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 (pág. 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 Organización. 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, sino 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 Organización, 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 (pág. 494), se puede apreciar que los fondos para el programa de la División provienen exclusivamente de fondos regulares, el 72% de la OPS y el 21% de la OMS.

Administrative Direction, Governing Bodies, and Increase to Assets
Dirección administrativa, Cuerpos Directivos y Aumento del Activo

Mr. MULDOON (Chief, Administration): I would like to cover Parts III, IV and V of the Budget: 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 on page 495, shows all the funds for which each Headquarters Division is technically responsible regardless of the program category. Thus, the Office of Administration is responsible for the funds of four categories, 9100, 9200, 9300 and 9400, except for those of program 9200 allocated to the program surveillance portion, for which the Division of Supporting Services is responsible as mentioned on p. 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, 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 analyzing 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 that 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 UNFPA 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 comes to \$3,934,700.

These administrative services support the planning, development, and execution of all program activities of the Organization and 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 advisers. 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 also has increased and continues to increase, which adds to the cost of administration.

Program category 9400, called General Expenses, includes the rental and 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 or common services expenses 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 cost of supplies, telephone services, utilities, including such things as water, fuel, oil, electricity, and, in addition, building repairs, have increased at a rapid rate, despite measures to conserve resources and contain costs. In addition to the items just mentioned, under the administrative budget are 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 very important publication program which 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 WHO Headquarters to shift some of WHO's 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 PAHO publications in Spanish.

In Part IV of the budget, "Governing Bodies," on page 454 of the budget document, the expenditure proposed for 1979 is \$647,000. This represents the estimated costs of two meetings of the Executive Committee, of one meeting of the Directing Council, and of conferences and translation services.

Part V, Increase to Assets, on page 458, 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 delegate of one Government that the quota contributions of that Government have gone up significantly.

The scale of quota contributions has been set by the Organization of American States and is followed by PAHO.

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 regarding 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 the Directing Council resolutions \$38,575,341

b) Miscellaneous income 700,000

Total \$39,275,341
=====

In establishing the contributions of Member and Participating Governments their assessments shall be reduced further by the amount standing to their credits in the Tax Equalization Fund, except that credits of those Governments which levy taxes on the emoluments received from the Pan American Health Organization by their nationals and residents shall be reduced by the amount 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 credit between parts as are made do not exceed 10 per cent of the part from which the credit is transferred. Transfers of credits between parts of the budget in excess of 10 per cent 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 EL FOMENTO DE LA SALUD	<u>250,000</u>
Presupuesto efectivo (Títulos I-VI)		<u>\$33,672,100</u> =====
TITULO VII:	CONTRIBUCIONES DEL PERSONAL (Transferencia al Fondo de Igualación de Impuestos)	<u>5,603,241</u>
Total--Todos los Títulos		<u>\$39,275,341</u> =====

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: 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: If there are no other observations or 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

THE XX PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE

Whereas, Member Governments appearing in the scale adopted by the Council of the Organization of American States are assessed according to the percentages shown in that scale, in compliance with Article 60 of the Pan American Sanitary Code; and

Whereas, other Member Governments and Participating Governments are assessed on the basis of percentages that would be assigned to such countries if they were subject to the OAS scale:

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.

(See following page)

LA XX CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Por cuanto las cuotas de los Gobiernos Miembros que figuran en la escala adoptada por el Consejo de la Organización de los Estados Americanos se asignan según los porcentajes que figuran en dicha escala, de conformidad con el Artículo LX del Código Sanitario Panamericano, y

Considerando que las cuotas de otros Gobiernos Miembros y Gobiernos Participantes se prorratan a base de los porcentajes que se asignarían a dichos países si se rigieran por la escala de la OEA:

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.

(Véase la página 213)

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Country	OAS scale %	Gross assessment US\$	Credit from Tax Equalization Fund US\$	Adj. for taxes imposed by Member Govts. on emoluments of PAHO staff US\$	Net assessment US\$
Argentina	7.72	2,577,464	381,469	—	2,195,995
Barbados	0.07	23,371	3,459	—	19,912
Bolivia	0.19	63,435	9,389	—	54,046
Brazil	7.30	2,437,240	360,716	—	2,076,524
Chile	1.33	444,045	65,719	—	378,326
Colombia	1.52	507,480	75,107	500	432,873
Costa Rica	0.19	63,435	9,389	—	54,046
Cuba	1.04	347,223	51,390	—	295,833
Dominican Republic	0.19	63,435	9,389	—	54,046
Ecuador	0.19	63,435	9,389	—	54,046
El Salvador	0.19	63,435	9,389	—	54,046
Grenada	0.03	10,016	1,482	—	8,534
Guatemala	0.28	93,483	13,836	—	79,647
Haiti	0.19	63,435	9,389	—	54,046
Honduras	0.19	63,435	9,389	—	54,046
Jamaica	0.19	63,435	9,389	—	54,046
Mexico	8.16	2,724,366	403,211	—	2,321,155
Nicaragua	0.19	63,435	9,389	—	54,046
Panama	0.19	63,435	9,389	—	54,046
Paraguay	0.19	63,435	9,389	—	54,046
Peru	0.66	220,353	32,613	—	187,740
Trinidad and Tobago	0.19	63,435	9,389	—	54,046
United States of America	66.00	22,035,314	3,261,271	1,950,000	20,724,043
Uruguay	0.57	190,305	28,166	—	162,139
Venezuela	3.04	1,014,960	150,215	2,200	866,945
Subtotal	100.00	33,386,840	4,941,322	1,952,700	30,398,218
	Equivalent percentages				
<u>Other Member Governments</u>					
Bahamas	0.06	20,032	2,965	—	17,067
Canada	6.94	2,317,047	342,927	—	1,974,120
Guyana	0.19	63,435	9,389	—	54,046
Suriname	0.12	40,064	5,929	—	34,135
<u>Participating Governments</u>					
France	0.19	63,435	9,389	—	54,046
Kingdom of the Netherlands	0.07	23,371	3,459	—	19,912
United Kingdom	0.19	63,435	9,389	—	54,046
Subtotal		2,590,819	383,447	—	2,207,372
Total Assessments-- All Countries		35,977,659	5,324,769	1,952,700	32,605,590

(2) This column includes the OAS percentages adding up to 100% and the equivalent percentages applicable to other Member Governments and Participating Governments. The OAS scale minimum assessment is 0.19% or per capita contribution equal to that of the largest contributor, whichever is smaller.

(5) This column includes estimated amounts to be received by the respective Member Governments in 1978 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.

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
País	Escala de la OEA %	Cuota bruta (EUA\$)	Crédito del Fondo de Igualación de Impuestos (EUA\$)	Reajuste por impuestos aplicados por Gobiernos Miembros a emol. del pers. OPS (EUA\$)	Cuota neta (EUA\$)
Argentina	7.72	2,577,464	381,469	—	2,195,995
Barbados	0.07	23,371	3,459	—	19,912
Bolivia	0.19	63,435	9,389	—	54,046
Brasil	7.30	2,437,240	360,716	—	2,076,524
Colombia	1.52	507,480	75,107	500	432,873
Costa Rica	0.19	63,435	9,389	—	54,046
Cuba	1.04	347,223	51,390	—	295,833
Chile	1.33	444,045	65,719	—	378,326
Ecuador	0.19	63,435	9,389	—	54,046
El Salvador	0.19	63,435	9,389	—	54,046
Estados Unidos de América	66.00	22,035,314	3,261,271	1,950,000	20,724,043
Grenada	0.03	10,016	1,482	—	8,534
Guatemala	0.28	93,483	13,836	—	79,647
Haití	0.19	63,435	9,389	—	54,046
Honduras	0.19	63,435	9,389	—	54,046
Jamaica	0.19	63,435	9,389	—	54,046
México	8.16	2,724,366	403,211	—	2,321,155
Nicaragua	0.19	63,435	9,389	—	54,046
Panamá	0.19	63,435	9,389	—	54,046
Paraguay	0.19	63,435	9,389	—	54,046
Perú	0.66	220,353	32,613	—	187,740
República Dominicana	0.19	63,435	9,389	—	54,046
Trinidad y Tabago	0.19	63,435	9,389	—	54,046
Uruguay	0.57	190,305	28,166	—	162,139
Venezuela	3.04	1,014,960	150,215	2,200	866,945
Subtotal	100.00	33,386,840	4,941,322	1,952,700	30,398,218
	<u>% del equivalente</u>				
<u>Otros Gobiernos Miembros</u>					
Bahamas	0.06	20,032	2,965	—	17,067
Canadá	6.94	2,317,047	342,927	—	1,974,120
Guyana	0.19	63,435	9,389	—	54,046
Suriname	0.12	40,064	5,929	—	34,135
<u>Gobiernos Participantes</u>					
Francia	0.19	63,435	9,389	—	54,046
Reino de los Países Bajos	0.07	23,371	3,459	—	19,912
Reino Unido	0.19	63,435	9,389	—	54,046
Subtotal		2,590,819	383,447	—	2,207,372
Total de las cuentas—Todos los países		35,977,659	5,324,769	1,952,700	32,605,590

- (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 0.19 % o aportación por habitante igual a la del mayor contribuyente, cualquiera que sea la cifra menor.
- (5) En esta columna se incluyen las cantidades estimadas que recibirán los respectivos Gobiernos Miembros en 1978 con respecto a impuestos aplicados por ellos a los emolumentos que los funcionarios perciban de la OPS, ajustadas para tomar en cuenta cualquier diferencia entre cifra estimada y efectiva para el segundo año precedente.

The PRESIDENT: If there are no comments, the resolution is adopted.

Decision: The proposed resolution was unanimously adopted.

Decisión: Se aprueba el proyecto de resolución por unanimidad.

ITEM 15: PROVISIONAL DRAFT OF THE PROGRAM AND BUDGET ESTIMATES 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)

THE XX PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Having examined Official Document 154 submitted by the Director of 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 in 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: If there are no comments, then the resolution is adopted.

Decision: The proposed resolution was unanimously approved.

Decisión: Se aprueba el proyecto de resolución por unanimidad.

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 (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)

THE XX PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Having examined 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 este 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 este 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. If there are 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 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 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 WHO SPECIAL 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 DE INVESTIGACIONES Y ENSEÑANZAS SOBRE ENFERMEDADES TROPICALES

The SECRETARY: The World Health Organization has established a Special Program for Research and Training in Tropical Diseases (TDR). This special program involves global,

international cooperation initiated by WHO and jointly sponsored, together with WHO, by the United Nations Development Program and the International Bank for Reconstruction and Development.

This program has two basic, independent objectives: first, for developing 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, 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 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 (JCB) with which this item deals is the major policy-making organ of the TDR Program. It consists of 30 members from among the cooperating bodies and is constituted essentially as follows: 12 Government representatives are selected by contributors to the Special Program resources. Among the countries of the Americas, two have been so designated by the contributors to TDR Program's resources: Canada and the United States of America. These two countries have the opportunity to designate a member to serve on the JCB and therefore need not be considered in the election which will take place this afternoon.

Five Government representatives are 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 TDR Program, or from among those providing technical and scientific support to the Program.

Three members are designated by the JCB itself from among the remaining cooperating parties, and three agencies comprise the Standing Committee, namely, UNDP, and the World Bank.

Members of the JCB serve for a period of three years and may be reappointed. Other cooperating parties may, at their request, act as observers upon approval of the JCB. The functions of the JCB are listed in the document on pp. 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 JCB. 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 Program or from among those providing technical or scientific support to the Program. For practical purposes, this provision serves to make eligible all of the countries of Latin America and the Caribbean. Every country in these areas has reported cases of at least one of the six diseases dealt with by the Special Program.

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 Program resources.

Dr. BAKER (United Kingdom): My Delegation represents a country that is an essential contributor to this Special Program, so we have a particular interest in this matter. I 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. In addition, 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 Center, and the Director and others of the Center 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 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 Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales: el Brasil. En ese sentido nosotros nos permitimos proponer 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 Program.

Dr. KHAZEN (Canada): I would like to support what Venezuela has said and recommend Brazil 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
<u>Number of votes obtained:</u>	
<u>Número de votos recibidos:</u>	
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, pp. 87-97. The proposed amendments are included in the Annex of Document CSP/20/13, 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 (Document CSP20/13, Annex pages 4, 5 and 6) are important ones 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 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 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 to 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 of 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 of statements as the Director may deem necessary and useful. | 3.3 The budget estimates shall be divided into parts, and shall be accompanied by such information 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. |
| 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. |

CurrentProposedArticle IV - Appropriations

- | | |
|--|--|
| <p>4.2 Appropriations shall be available for obligation for the financial year to which they relate.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> | <p>4.2 Appropriations shall be available for obligation for the financial period to which they relate.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> |
|--|--|

Article V - Provision of Funds

- | | |
|---|---|
| <p>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:</p> | <p>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:</p> <p>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</p> |
|---|---|

Current

Proposed

Article V - Provision of Funds

(continued)

- 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:
- (b) Inform Member States of their commitments in respect of annual contributions;
 - (c) Request Member States to remit their contributions.
- 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.
- 5.4 (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 contributions for the financial period;
 - (c) Request Member States to remit the first and second installments of their contributions for the financial period.
- 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.

<u>Current</u>	<u>Proposed</u>
<u>Article V - Provision of Funds</u>	
(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.
<u>Article VI - Funds</u>	
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 the 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.
<u>Article VII - Other Income</u>	
7.1 (b) Refunds of direct expenditures made during the financial year;	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 annual accounts.	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.
<u>Article XI - The Accounts</u>	
	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.

*No changes in the texts of these two paragraphs are required to effect biennial program and budgeting.

Current

Proposed

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. | 11.4 | (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. |
| 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. | 11.5 | (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: |
| 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 | 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 |

Current

Proposed

Article XII - External Audit

(continued)

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."

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."

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 of 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 esta pueda establecer un ciclo de programa y presupuesto bienal;

Teniendo en cuenta que el Reglamento Financiero de la OPS estipula que este solo podrá ser modificado por el Consejo Directivo o la Conferencia 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 partidas, 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. |
| 3.4 El Director presentará el proyecto de programa y presupuesto anual al Comité Ejecutivo, para que este 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. |

ActualPropuestoArtículo 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 | (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 |

Actual

Propuesto

Artículo V - Provisión de Fondos

- 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;
 - (c) Solicite de los Estados Miembros se sirvan remitir el importe de sus cuotas.
- 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.
- 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:
- (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 correspondientes al período económico.
- 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.
- 5.6 (Antes 5.4) Los pagos de 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 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.

ActualPropuestoArtículo V - Provisión de Fondos

(continuación)

- | | |
|--|---|
| 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. |
| *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. |
|---|--|

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. |

*No se necesitan cambios en los textos de estos dos párrafos para establecer el ciclo de programa y presupuesto bienal.

Actual

Propuesto

Artículo XI - Cuentas

- | | |
|--|---|
| <p>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.</p> <p>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.</p> | <p>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.</p> <p>11.4 (Nuevo párrafo) Al cierre del segundo año del período económico, el Director preparará el estado de cuenta 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.</p> <p>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.</p> <p>11.6 (Antes 11.4) Las cuentas provisionales y definitivas se presentarán al auditor o auditores externos(s) a más tardar el 31 de marzo siguiente al cierre del período económico a que correspondan.</p> |
|--|---|

Artículo XII - Comprobación de las Cuentas por Auditores Externos

- | | |
|--|--|
| <p>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 sobre los estados de cuentas se indicará:</p> <p>12.9 (c) El auditor o los auditores emitirán y firmarán un dictamen redactado en los siguientes términos:</p> | <p>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:</p> <p>12.9 (c) El auditor o los auditores emitirán y firmarán un dictamen redactado en los siguientes términos:</p> |
|--|--|

Actual

Propuesto

Artículo XII - Comprobación de las Cuentas por Auditores Externos
(continuación)

"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 he/hemos considerado necesario inspeccionar, en atención a las circunstancias. De resultas 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 (d) Los informes del auditor o 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.

"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 resultas 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 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 (d) Los informes del auditor o 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: Are there any objections to the proposed resolution? If there are none, 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 WHO at the Thirty-first World Health Assembly for the financial year 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 que aparece en el Documento CSP20/14 (pág. 1).

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 year 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: Are there any comments? If there are none, the resolution is adopted.

Decision: The proposed resolution was unanimously approved.

Decisión: Se aprueba el proyecto de resolución por unanimidad.

The PRESIDENT: I would now 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

Considering 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 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 Organizaci3n.
2. Manifiestar su reconocimiento al Sr. Lars Lindmark por la dedicaci3n con que desempe1n3 sus funciones de Auditor Externo de la Organizaci3n, como asimismo por su asesoría en relaci3n con los procedimientos financieros de la Organizaci3n.

The PRESIDENT: Are there any comments? If there are none, the resolution is adopted.

Decision: The proposed resolution was unanimously approved.

Decisi3n: Se aprueba el proyecto de resoluci3n 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): Con fecha 16 de febrero de 1978, el Dr. Alfredo Lynch, Secretario Ejecutivo del Convenio Hip3lito Unanue solicit3 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 indic3 que esta decisi3n correspondía a los Cuerpos Directivos de la Organizaci3n y sometió dicha solicitud a la consideraci3n del Comit3 Ejecutivo en su 80a Reuni3n. En el Anexo I del Documento CSP20/24 figuran copias de las cartas pertinentes.

Es conveniente se1alar que al considerar la solicitud del Secretario Ejecutivo del Convenio Hip3lito Unanue se debe tener en cuenta la existencia de otros convenios con característic3s similares tales como la Conferencia de Ministros de Salud de Centro Am3rica y Panam3 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 Comit3 Intergubernamental para las Migraciones Europeas, el Comit3 Internacional de Medicina y Farmacia Militares, la Organizaci3n Internacional de Protecci3n Civil, la Organizaci3n para la Cooperaci3n y Desarrollo Econ3mico, la Liga de los Estados Arabes, la Organizaci3n de la Unidad Africana, la Oficina del Plan Colombo para Cooperaci3n T3cnica, 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 cooperaci3n t3cnica entre países en desarrollo (CTPD) y ha venido colaborando con esos organismos en forma creciente tanto en actividades de cooperaci3n t3cnica como de apoyo de Secretaría.

El Comit3 Ejecutivo en su 80a Reuni3n consider3 la solicitud del Secretario Ejecutivo del Convenio Hip3lito Unanue y aprob3 la Resoluci3n XXVIII en cuya para resolutive dice:

1. Transmitir a la XX Conferencia Sanitaria Panamericana la solicitud presentada por el Convenio Hip3lito Unanue, junto con las observaciones que se formularon durante el debate en el Comit3.
2. Recomendar a la XX Conferencia Sanitaria Panamericana que resuelva favorablemente la solicitud del Convenio Hip3lito 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 session rose at 5:30 p.m.
Se levanta la sesión a las 5:30 p.m.

TWELFTH PLENARY SESSION
DUODECIMA SESION PLENARIA

Tuesday, 3 October 1978, at 9:15 a.m.
Martes, 3 de octubre de 1978, a las 9:15 a.m.

President:

Presidente:

Mr. H. J. Preudhomme

(Grenada)

FIFTH REPORT OF THE GENERAL COMMITTEE
QUINTO 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 the Delegates of 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 Under-served Population 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 Under-served Population in Rural and Urban Areas; i) Item 35: Sociocultural Obstacles to Health Services Delivery; j) Item 37: Costs of Administering Grant Funds; and 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: If there are no objections to this Report, it will be accepted.

I was so agreed.

Así se acuerda.

REPORT OF COMMITTEE II
INFORME DE LA COMISION II

Dr. KEY (United Kingdom, Rapporteur): Committee II 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 these sessions Committee II decided to recommend to the 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: If there are no objections, 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 ORGANIZACION SOBRE SUS CONDICIONES Y PROGRESOS ALCANZADOS, EN MATERIA DE SALUD PUBLICA, EN EL PERIODO TRANSCURRIDO ENTRE LA XIX Y LA XX CONFERENCIAS SANITARIAS PANAMERICANAS (conclusión)

EL RELATOR: El proyecto de resolución sobre el tema dice así:

THE XX PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Convinced that the reports from the Governments of the Organization 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 the 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): La Delegación de Chile está perfectamente de acuerdo con los considerandos. Sin embargo, creo que convendría eliminar la parte en que nosotros mismos nos felicitamos por lo que hemos hecho. Creo que resulta un poco liviano que nos felicitemos 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 muestra de poca seriedad. Yo me permitiría mantener los considerandos y hacer una aclaración en el sentido de insistir en la conveniencia de mantener estos informes, e incluso que el Comité Ejecutivo busque alguna fórmula para hacerlos uniformes, 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): My Delegation feels that the importance of this particular item on the agenda of the Conference has been overemphasized. We feel--and I believe this feeling is shared by a number of Delegations--that the item is too time-consuming. In view of the expressed wish of some Delegations to reduce the length of the Conference, overemphasizing the importance of this particular item is neither timely nor appropriate. We acknowledge the value of these contributions and appreciate 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 overemphasized in the second paragraph of the introductory part of the resolution. I would like to propose that that 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 statements of the distinguished Delegate of Trinidad and Tobago. Although this item is important, it is not as important as the language we have before us suggests. I would also urge that our meetings could 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 Delegates of Trinidad and Tobago, United States of America, and the United Kingdom. Any effort 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 del proyecto de resolución 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 los que se propone. 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 ese tema. 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 tema.

El Dr. VALLADARES (Venezuela): La Delegación de Venezuela cree que en ningún momento se ha 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 la parte de evaluar 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 se pudiera comparar todo lo que ha evolucionado en el tiempo.

En nuestro país, por ejemplo, los informes cuatrienales tienen una parte estadística, expositiva, de tasas e índices que se repite año tras año y que incluso nos sirve 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 del proyecto de resolución que se ha leído.

El Dr. ACUÑA (Director): Quisiera hacer una proposición con objeto de ver si es posible que este proyecto de resolución sea aprobado. 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, se diga que constituye 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. Tal vez 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 el proyecto de resolución. Pero como he dicho anteriormente, quizás esas dos modificaciones pudieran hacerles considerar 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 in that they meet the immediate need. In the light of what has been said here this morning, the Executive Committee could possibly look

next summer at this area again, before structuring the agenda for the next meeting, 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 agradecen los informes presentados; sería deseable que se incluya 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.

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.

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, which was prepared on the basis of discussions at last year's meetings of the Governing Bodies, when 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: it (1) gives the background on the establishment of the Working Capital Fund and the actual position of the Funds from its inception to 31 December 1977; (2) covers the previous levels of the Working Capital Fund; (3) indicates a proposed fixed level for the Fund; (4) includes proposals on the utilization of funds that will be in excess of the proposed fixed level of the Fund; (5) covers the proposals on the provisions concerning the annual budgetary increase for the Fund; and (6) includes the disposition of any operational surplus in future years.

The Working Capital 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 as 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 its month-by-month fluctuations, 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 specified in the approved budget and any surplus from annual operations.

The second column of Annex I indicates the authorized budget for the particular year. 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 disbursements made from the Fund over the years. The column "Budget Provision to Increase Working Capital Fund" is the annual budget provision 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, "Operational Surplus or Deficit," includes any surplus left after considering all income and expenditures for the year. The surplus is transferred into the Working Capital Fund. The next column, "Returned Cash Outlay (Governor Shepherd Apartments)" is the net income realized from those apartments and put back into the Working Capital Fund, from which it was taken some years ago. The last column indicates the Working Capital Fund available as of the end of each year; as of 31 December 1977, the Fund totaled \$11,895,777.

The established level of the Working Capital 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 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.

Regarding the proposed level of the Working Capital Fund, it should be understood that 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 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 at 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 that 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, as indicated in Annex II: (1) 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; (2) working cash requirements, including the amounts of money in all our bank accounts throughout the entire Region and also advances; (3) trust funds, which are extrabudgetary projects awaiting reimbursement. These three items total \$11 million. The footnotes in Annex II indicate how each figure was developed.

The factors considered to determine these requirements include the following. For the funds required to finance the budget for three months, consideration was given to 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.

Working 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. The estimated breakdown of a total cash requirement of \$3,050,000 is: in banks, \$1.2 million; in imprest accounts, \$825,000; and in various advances, \$1,025,000.

For trust funds, or extrabudgetary projects awaiting reimbursement, a need of \$2,070,000 was estimated. 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 that 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 \$11,895,777. 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 and can be summarized as follows. First, \$500,000 would be placed in the Revolving Fund for the Expanded Program on Immunization, which the Director was authorized to establish 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 Document CSP20/12. This item, discussed at the last Directing Council (Document CD25/14) indicates that the initial capitalization requirement of this Revolving Fund is \$1 million. Therefore, the amount of \$500,000 from the excess funds would provide one-half of the estimated initial capitalization.

The second proposed use of the excess is \$250,000 for the provision for termination and repatriation entitlements. The Internal and the External Auditors 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 such a fund to ensure adequate repairs and renovation of Organization-owned buildings whose value, as contained in the Financial Report of the Director, is \$8,145,283. The establishment of this fund would make it possible to implement a long-range plan that would 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 that were outlined in the proposals for the WHO Director-General's Development Program and that 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 \$500,000 of the 1978 increase in the budget would provide the 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, i.e., income in excess of 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, thus restoring 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.

(4) Make future use of any excess over the fixed level of the Working Capital Fund subject to approval by the Governing Bodies.

El Dr. CACERES (Comité Ejecutivo): El Comité Ejecutivo, en la undécima sesión de la 80a Reunión 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 OSP 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. En la Resolución XIII se tomó nota de la situación del Fondo de Trabajo desde 1949 hasta 1977, la cual fue presentada también al Comité en el Documento CE80/12 y el Comité 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 al 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 apro-

bada 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 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 contratos y repatriación; iii) \$50,000 con destino al Fondo de Renovación y Reparaciones; iv) \$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 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.

Mr. ANDREW (United States of America): My Delegation supports a resolution along the lines proposed to us. We said in the last meeting of the Executive Committee that we felt that the level adopted for the Working Capital Fund was still a little high, given the new periodicity of the payment of contribution of the United States of America. Therefore, we will probably 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.

My second point is on the question of how the excess funds in the Working Capital Fund are utilized. 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. It is hoped 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 would repeat, then, that we do support all the elements of the resolution appearing on page 2 of Document CSP 20/12.

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. 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 the Office 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): Regarding the point made by the distinguished Delegate of Barbados, I interpret what he said to mean that the Office of the Caribbean Program Coordinator 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, we would strongly support the suggestion that the Working Capital Fund be used to start a special fund or to provide the necessary capital that could permit and facilitate the construction of this much needed facility.

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 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 Caribbean institutions such as the Caribbean Epidemiology Center, the Caribbean Food and Nutrition Institute, and others. It seems to me that these activities naturally fall under the general responsibility of Area I, even though the Area 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 political units. Because of this kind of dynamic situation, the Director ought to attempt to rationalize the responsibilities that should fall on the Caribbean Program 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 agradece 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 el 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.

Note has been taken as to the use of the excess funds and the suggestions and reminders that could be placed before the Governing Bodies. 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 el destino que pudieran darse a los fondos excedentes de acuerdo con la recomendación que ha hecho el mismo Comité Ejecutivo.

En el futuro continuaremos llevándolo a la consideración de los Cuerpos Directivos, para que analicen en detalle el destino que debemos dar a esos fondos. Hemos tomado nota de la propuesta del Delegado de los Estados Unidos de América para que en lo posible esos fondos se apliquen 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 servir a todos los países del Area. Tenemos un equipo de control de enfermedades en Trinidad y Tabago 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 más utilizadas. 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 solo 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 servida 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 después de terminada la Conferencia y los problemas que acarrea de orden administrativo y de atención, 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 solo 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 OPS más efectivos y económicos, en beneficio de dichos países.

Mr. HOWELL (Barbados): I would like 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,

Having seen Resolution XIII on the Working Capital Fund, approved by the Executive Committee at its 80th Meeting.

Bearing in mind Article 6.2 of the Financial Regulations of PAHO, 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 permit 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 the Repairs and Renovation Fund; and iv) \$95,777 for other program activities,

RESOLVES:

1. To 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.
2. To 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.
3. To 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 the Repairs and Renovation Fund; and iv) \$95,777 for the Expanded Program on Immunization in the Americas.
4. To 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 how the funds will be utilized.

LA XX CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Vista la Resolución XIII aprobada por el Comité Ejecutivo en su 80a Reunión, en relación con el Fondo de Trabajo;

Teniendo presente el Artículo 6.2 del Reglamento Financiero de la OPS, 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 XVII 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:

1. Que se establezca el Fondo de Trabajo al nivel fijo de \$11,000,000 hasta que la situación presupuestaria de la Organización justifique un cambio.
2. Que se 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.
3. Que se 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.
4. Que se 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: If there are no comments on the resolution then it is adopted.

Decision: The proposed resolution was unanimously approved.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución.

The PRESIDENT: I would like to appoint someone to take the Chair when I am absent, and I would 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, which 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 the sole member of my Delegation. I would prefer, therefore, to remain at the floor level in order to participate in the discussions. I suggest that another member be appointed from a Delegation that still has more than one member.

The PRESIDENT: May I then suggest Dr. Bryant of the United States of America? If there is no objection, it is 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, regarding the proposal for the establishment of the trust fund, having been studied in further detail after the Executive Committee had completed its business that 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 procedure for this Award, principally because 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 conducting 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 the Bureau sufficient time to prepare the documentation to be submitted to the Governments of the members of the Committee, so that Committee members may at their leisure study it individually, thereby facilitating the consultations of 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 the country.

The Committee, already having the prerogative of declaring no Award for any given year, went 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 along with 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, its meaning, and the persons to whom the Award has been made. Publicity could be made at the national level and at the international level by PAHO.

These are the main items that 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 Document CSP20/27, Addendum I, 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 CSP20/27); 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 CSP20/27), 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 CEVALLOS (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 la maestría en 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 OPS.

Permitídmme, Sr. Presidente, que exprese nuestro homenaje de admiración para vuestro país, generoso, hospitalario progresista. Permitídmme, Sr. Director, que haga votos muy sinceros porque la acción que usted conduzca sea siempre en beneficio de todos nuestros países. Permitídmme, 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 permanentemente e incansablemente, para conseguir un mejor nivel de salud para todos los ciudadanos de nuestro Continente hispanoindoamericano.

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 la 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 believe that the overall report is a very fine, constructive statement in a very important area. I have two minor changes to suggest. The first is that which the distinguished Delegate from Chile already addressed. In the English version it speaks of improving pharmacologic 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, up-to-date information, etc. 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 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.

The PRESIDENT: We would appreciate it if 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 CEVALLOS (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 organice una reunión, de alto nivel, con la participación de delegados de la industria, que permita realizar un estudio amplio sobre aquellos aspectos en que la industria podría colaborar en el desarrollo de los programas de medicamentos; dicha reunión podría servir de marco de referencia para llevar a cabo conversaciones 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 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 de 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 nonagreement 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 nonproprietary 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 Government agencies. It would therefore 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, deben 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 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 CEVALLOS (Ecuador): Si no interpreté mal al Observador de la industria farmacéutica, él 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 participación de 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. Aclaremos que no estamos de acuerdo con el primer punto, porque está totalmente en contra de nuestra política.

Dr. LECLERC-CHEVALIER (Canada): We will take note of all these comments in the final draft of the report.

Dr. KHAZEN (Canada): As a point of information, I wish to inform the Conference that 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): I would like to ask whether the Conference will see another draft of this report.

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 esas pequeñas modificaciones, y en la sesión de esta tarde seguramente estará listo el proyecto de resolución para que sea considerado.

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 el Gobierno establece esta política 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--una ampicilina, que por ejemplo, es producida en el mercado 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 McKesson. El medicamento genérico para estos efectos es el que contiene realmente la

nomenclatura internacional, pero en el caso de McKesson 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 lanzar al mercado esos genéricos, que utilizan básicamente la nomenclatura internacional, el laboratorio puede 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 sujeto 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 producen el mismo medicamento genérico.

Cuando se deja abierta la posibilidad de que el precio de los 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 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 el 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 delante del nombre genérico, del nombre internacional, incluyan una sigla, como les decía 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 supuesto, 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 nombre 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 DE LA OPS, XXXII REUNION DEL COMITE REGIONAL DE LA OMS PARA LAS AMERICAS

The PRESIDENT: Mr. Roy St. John of Grenada will read the report of the Working Group.

Mr. 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 Selim 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): First, let me suggest or at least ask if the Working Group that was considering these topics contemplated the possibility of combining topics 2 and 3, that is, community health education and promotion of health through changes in life-styles. It is just a possibility that I would raise. Let me comment briefly on the matter of health problems of the elderly population, since I committed the other delegates on the topic of aging as an important issue for our agenda in the future.

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 the elderly involves questions of the quality of life as well as of mere health. For this reason I think it is a subject both of 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 feel that the topic is important for future discussion at 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 Aged, 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, however, 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 CEVALLOS (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. We have been discussing primary health care programs and the extension of coverage and have said time and time again that the involvement of the community in all our programs is of vital importance. Community health education would seem a topic highly suitable for discussion in 1980.

The PRESIDENT: If there are no further comments, the selection of the item will now be made by secret ballot. We have to appoint two tellers, and I invite Dr. Van Kantén of Suriname and Mr. Rocha of Bolivia to be the tellers. The Secretary will explain the procedure.

The SECRETARY: As has been 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 previously during this Conference. The only difference is that each Delegate should vote for one and only one of the topics for the Technical Discussions. I would 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 Life-styles. Ballots which have two or more numbers will be considered invalid.

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: 14. 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--"Community Health Education: Evaluation of Present Programs, New Approaches and Strategies"--is selected.

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.

THIRTEENTH PLENARY SESSION
DECIMOTERCERA SESION PLENARIA

Tuesday, 3 October 1978, at 2:45 p.m.
Martes, 3 de octubre de 1978, a las 2:45 p.m.

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

Later:
Más tarde: Dr. John H. Bryant (United States
of America)

CONSIDERATION OF PENDING PROPOSED RESOLUTIONS
CONSIDERACION DE PROYECTOS DE RESOLUCION PENDIENTES

ITEM 30: CONTROL VS. ERADICATION IN MALARIA PROGRAMS (conclusion)
TEMA 30: CONTROL VS. ERRADICACION DE LOS PROGRAMAS MALARICOS (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 (Document CSP20/79 and Addendum);

Bearing in mind 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 epidemiologic situation of malaria has worsened in certain areas of the Americas, with repercussions unfavorable to 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, 1980 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 epidemiologic 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 the necessary financing.
5. To request the Director, on organizing the III Meeting of Malaria Eradication Services to be held in Mexico in 1979, that the Meeting's work be oriented toward the formulation of a Hemisphere-wide plan of action.

6. To ask the Director to intensify, with assistance from the WHO Special Program for Research and Training in Tropical Diseases, the Organization's technical cooperation with the Governments in applied research and training activities.

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 surveillance measures.

LA XX CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el documento sobre control vs. erradicación en los programas de malaria (Documento CSP20/9 y Addendum);

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 la OMS de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales, 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 vigilancia, incluso en los puntos de acceso a los países.

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 "reinfestation" rather than "reinfection" in the English, so that it would read: "To request the Director to 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, then this resolution is adopted.

Decision: The proposed resolution as amended 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 ZONOSSES CONTROL (conclusion)

TEMA 23: INFORME SOBRE LA XI REUNION INTERAMERICANA, A NIVEL MINISTERIAL, SOBRE EL CONTROL DE LA FIEBRE AFTOSA Y OTRAS ZONOSIS (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 CSP20/20);

Recognizing the rising demand for technical cooperation of the Organization in animal health and veterinary public health from Member Countries carrying out programs for the prevention, control, and eradication of foot-and-mouth disease and the 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 CSP20/20);

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 accomplished thus 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 CSP20/20);

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 CSP20/20).
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 XXVIII 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 the above-mentioned Resolution XXVIII;

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:

1. To adopt the following procedures for the establishment by the Pan American Health Organization of official relations with inter-American nongovernmental organizations:

- 1.1 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.
- 1.2 To this end, the inter-American nongovernmental organization must submit with its application the following supporting documentation:
 - 1.2.1 Certified copies of its charter and by-laws.
 - 1.2.2 Certified copies of the charters and by-laws of its affiliates in the Hemisphere.
 - 1.2.3 An authenticated copy of the proceedings in which the governing body was elected and of the authorization of the assembly to establish relations with PAHO.
 - 1.2.4 A copy of the most recent periodic report on its activities.

- 1.3 The letter of application will be circulated to all the Member Governments and their views obtained within a term of 60 days.
- 1.4 The Executive Committee of PAHO will appoint a standing subcommittee composed of three members, one of whom will be rotated each year to ensure the continuity of the subcommittee's functions.
 - 1.4.1 The Director of PASB will forward to the standing subcommittee the applications for recognition and supporting documents received from inter-American nongovernmental organizations.
 - 1.4.2 If the documentation received is not sufficiently complete or satisfactory, the Director will also inform the subcommittee of the steps that have been taken.
 - 1.4.3 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.
- 1.5 When the applications received have been properly reviewed, the standing subcommittee will make its recommendations to the Executive Committee on the recognition 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.

- 1.6 Once it has considered the standing subcommittee's recommendations, the Executive Committee will decide whether or not to authorize relations with a given organization.
 - 1.7 Every year the Chairman of the Executive Committee will convey the decisions taken to the Directing Council or the Pan American Sanitary Conference.
 - 1.8 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.
 - 1.9 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.
2. To establish that the status of official relations with PAHO shall confer on an inter-American nongovernmental organization the following privileges:

- 2.1 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.

- 2.2 Active participation in the Technical Discussions that take place in connection with the meetings of the Directing Council or the Conference.
- 2.3 Access to nonconfidential documentation related to matters of interest to it.
- 2.4 Collaboration, when requested by the Chairman of the Executive Committee, in the programming of joint activities in health matters of common interest.
- 2.5 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 XXVIII, 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 mencionada Resolución XXVIII;

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:

1. Adoptar los siguientes procedimientos para el establecimiento de relaciones oficiales de la Organización Panamericana de la Salud con organizaciones interamericanas no gubernamentales:

- 1.1 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.
- 1.2 Con ese fin, las organizaciones interamericanas no gubernamentales deberán presentar, además de la solicitud correspondiente, la siguiente documentación:
 - 1.2.1 Copias certificadas del acta de constitución y de los estatutos de la organización.
 - 1.2.2 Copias certificadas de las actas constitutivas y de los estatutos de sus filiales en los diversos países del Continente.
 - 1.2.3 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.
 - 1.2.4 Un ejemplar del último informe periódico de actividades.
- 1.3 La carta de solicitud será circulada entre todos los Gobiernos Miembros, recabándose la opinión de los mismos en un plazo de 60 días.
- 1.4 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:
 - 1.4.1 Recibirá del Director de la OPS las solicitudes de las organizaciones interamericanas no gubernamentales que hayan solicitado reconocimiento, así como la documentación correspondiente.
 - 1.4.2 Cuando la documentación presentada no sea lo suficientemente completa o satisfactoria, el Director informará también sobre las gestiones realizadas.
 - 1.4.3 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.
- 1.5 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.

- 1.6 Vistas las recomendaciones del subcomité permanente, el Comité Ejecutivo decidirá si procede o no autorizar el establecimiento de relaciones con una organización.
 - 1.7 El Presidente del Comité Ejecutivo informará anualmente al Consejo Directivo o a la Conferencia Sanitaria Panamericana sobre las decisiones tomadas.
 - 1.8 El Director de la Oficina Sanitaria Panamericana informará a cada organización de la decisión del Comité Ejecutivo sobre su solicitud. En caso de ser esta favorable les señalará las prerrogativas que confiere el establecimiento de relaciones oficiales.
 - 1.9 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.
2. Establecer que el mantenimiento de relaciones oficiales con la OPS conferirá a las organizaciones interamericanas no gubernamentales los siguientes privilegios:

- 2.1 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.

Cuando 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 este a una solicitud de la organización, hacer una exposición de los puntos de vista de la misma.

- 2.2 Participación activa en las Discusiones Técnicas que se realicen en la oportunidad de las reuniones del Consejo Directivo o de la Conferencia.
- 2.3 Acceso a toda documentación no confidencial relacionada con asuntos de su interés.
- 2.4 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.
- 2.5 Derecho a presentar un memorandum al Director de la OPS 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 el programa de temas del Consejo.

El Dr. ACUÑA (Director): En la versión en español en el inciso 2.1 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: 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, 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.

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 consideraba que no era procedente 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 al 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 de la OPS (pág. 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 Reserva 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 Especial".

Lo que pretende la Delegación de Venezuela 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, pudieran las cuotas de los Gobiernos tener alguna reducción proporcional. Esa es la explicación complementaria que quería darles a los delegados, con 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 they help to clarify the thrust of the resolution.

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 that 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. Thus, 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 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--in the form of laboratory equipment, a part-time driver, or a number of other 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 might pose some objection.

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 would make a suggestion.

A subject such as this one 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 the 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 to most of us. So I would have reservations 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 for which the extrabudgetary donor intended it. 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. We could then discuss it at the next Directing Council Meeting, 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. We would thus be in a better position to advance with some confidence down the road which the Delegate of 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 something that is just 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 of 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 expuesto por el Sr. Muldoon--que los intereses de los bancos que parecen haber ascendido a \$790,000, de los cuales \$700,000 se aplicaron al presupuesto de 1979--sí 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 es 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, ni la actitud, ni la mente, ni la voluntad de los delegados en este momento están 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 consideran 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 se pondrá a votación. 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 el distinguido Delegado de Venezuela está retirando su proyecto de resolución o si continuamos considerándolo 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 él pasará esto al Comité Ejecutivo si la Conferencia demuestra este deseo. Yo quisiera que la Conferencia buscara otra manera más positiva de mostrar el deseo, que no sea 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, Sr. 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 comúnmente "overhead" está incluido en el tema 37 del programa de temas y se tratará esta tarde, o 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 Sr. Muldoon. En el Informe Financiero del Director aparecen 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 PNUD 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 Sede, 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 como la 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 PROGRAM FOR RESEARCH AND TRAINING IN TROPICAL DISEASES (conclusion)

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 DE INVESTIGACIONES Y ENSEÑANZAS SOBRE 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 Program for Research and Training in Tropical Diseases is to include 12 members selected by the Regional Committees of WHO from among those countries directly affected by the diseases dealt with by the Special Program, or from among those providing technical or scientific support to the Special Program, 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 Program 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 de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales los Comités Regionales de la OMS deben seleccionar 12 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 Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales.

Decision: The proposed resolution was unanimously approved.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución.

- ITEM 34: THE IMPLICATIONS 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 ECONOMIA DE LOS PAISES DE LA REGION (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 A. 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 I) 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 A. aegypti and to recommend to the countries that they allocate adequate resources for the support of A. 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, epidemiologic, 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 A. 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 A. 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 A. 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 I), así como la Resolución XVI, aprobada por el Consejo Directivo 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 A. aegypti y recomendar a los países que destinen recursos suficientes para apoyar los programas de erradicación de A. 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 A. aegypti.

6. Recomendar que en los proyectos de programa y presupuestos de la OPS se asignen específicamente fondos para prestar ayuda a las campañas de erradicación de A. 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 operative paragraph 1, I would suggest insertion of the words "A. aegypti" after "eradication" to maintain the present policy of eradication of A. 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. We should refer not only to emergencies; there is need for revamping the whole strategy, the whole technique for control of A. aegypti. I would therefore suggest amending this particular line to read "providing step-by-step guidelines for dealing with vector control, including emergency measures."

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 such 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 Ing. 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 en espera de la implementación de un programa de erradicación se descuidaran 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 los Gobiernos 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 aclare si esta medida reduciría los fondos para un país en beneficio de otro.

El Dr. ACUÑA (Director): La pregunta del 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 lo 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 recogeremos, 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 A. aegypti. Posiblemente habría modo de incrementar aportaciones para el A. aegypti a mediados del año próximo.

Dr. MOODY (Jamaica): The regional program that 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 understand its situation in the context of 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 únicamente, 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 and Dr. Moody.

El RELATOR: Daré lectura a las enmiendas sugeridas. El párrafo 1 resolutive 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 A. aegypti". En el mismo párrafo, línea 4, a continuación de donde dice: "administrative" añádase "and 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 Ing. CHIRIBOGA (Estados Unidos de América): Quisiéramos que se votara esta resolución.

The PRESIDENT: Since there is no objection, I take it that the amendments have been accepted. I put the resolution as amended to the vote. Those in favor, 20; those against, 1; abstentions, 3. 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. HIPOLITO UNANUE AGREEMENT (conclusion)

TEMA 39: OBSERVADORES DE ORGANIZACIONES SUBREGIONALES GUBERNAMENTALES. CONVENIO HIPOLITO UNANUE (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 Secretariado del 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 INTERES PARA EL COMITE REGIONAL DE LA OMS PARA LAS AMERICAS (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 that the Director of PASB 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 de la OSP ha señalado a la atención de la Confe-

rencia en su calidad de Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas (Documento CSP20/5, y

Enterado 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: 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): Desea 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 OSP.

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, esta presentación 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 OMS, 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 addendum del Documento CSP20/8, el cual fue preparado como resultado de decisiones adoptadas por el Consejo Ejecutivo de la OMS 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 OMS, aceptaron las recomendaciones de la Comisión de Administración Pública Internacional.

The PRESIDENT: As I understand it, no action on this item is required by the Conference. The floor is, however, 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 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 Sr. Director, le pedía también que se esmere durante su gestión en cumplir óptimamente con los reglamentos de la Organización.

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.

- 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: This item was on the agenda of Committee II earlier, and considerable interest in it was expressed by the delegates. There was at that time some discussion, and later the item 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. The present situation in Jamaica with regard to this 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 at meetings of the Governing Bodies of PAHO and 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 (IMF). 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 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 the present orientation toward the doctor as the mighty force in the delivery of primary health care and to gain greater acceptance of 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 that 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 de 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 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 solo 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 hiciéramos ante esta XX Conferencia, 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 completar 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, 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 destacando un hecho. Los Ministros de Salud de las Américas reunidos en Santiago, en 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 objeto de poder hacer frente al reto que significaba la recuperación de una buena cantidad de situaciones muy graves en el aspecto de salud.

Las ocho preguntas formuladas 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 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 se dispone de 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 no 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 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 OPS.

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 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 estos 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 OPS 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 esos Gobiernos logren hacer la extensión de cobertura una realidad.

El Dr. CRUZ (Chile): La Delegación de Chile quiere en este momento proponer un aspecto de estrategia, pero primero voy a dar unos antecedentes previos para fundamentarlos.

Creo que, tal como 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 de los países de menos recursos, o sea, cómo repartimos esos recursos. 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 que 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 necesaria para que todo funcione como un todo armónico. O se mueven todos en forma armónica o es preferible que no se mueva ninguno.

The session rose at 5:30 p.m.
Se levanta la sesión a las 5:30 p.m.

FOURTEENTH PLENARY SESSION
DECIMOCUARTA SESION PLENARIA

Wednesday, 4 October 1978, at 9:05 a.m.
Miércoles, 4 de octubre de 1978, a las 9:05 a.m.

President:
Presidente: Dr. John H. Bryant (United States of America)

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 the Underserved Population in Rural and Urban Areas; d) Item 35: Sociocultural Obstacles to Health Services Delivery; 6) 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 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.

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 nongovernmental 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 and Environmental 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 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, particularly 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 Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria y Ambiental (AIDIS) 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 OPS. Desde este punto de vista, las relaciones de trabajo y personales son muy buenas. 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 asimismo 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 AIDIS pueda llevar a cabo sus actividades, etc. Obviamente, deberíamos hacer lo mismo con los otros organismos no gubernamentales.

En cuanto a la recomendación número dos, quisiera esperar a que llegara el Ing. 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 el Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria (CEPIS) radicado también en 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. Trabaja en estrecha asociación también con AIDIS. Este año y el próximo, la Presidencia de AIDIS estará radicada en Perú, lo que facilita esta estrecha colaboración, pero me pregunto si desde el punto de vista operativo, cuando la Presidencia de AIDIS, ya que no hay reelección, pase a otro país, podría continuarse esta actividad en la forma tan estrecha como se pretende 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 mí 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 Ing. Butrico estará pensando lo mismo, de manera que yo propondría que esperaríamos 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 Delegate of Peru and Mr. Butrico are present.

ITEM 31: REPORT ON TECHNICAL COOPERATION AMONG DEVELOPING COUNTRIES (conclusion)
TEMA 31: INFORME SOBRE COOPERACION TECNICA ENTRE PAISES EN DESARROLLO (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 "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 actively 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 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 of TCDC among the programs of the Organization and the countries center on the analytic 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 esta 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 socioeconómica 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 CEVALLOS (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 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? I would now 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 CEVALLOS (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 that one sentence in paragraph 6 is verbose and exceedingly oblique. I do not 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 por unanimidad 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 REUNION DEL CONSEJO EJECUTIVO DE LA OMS: TEMAS
DE INTERES PARA EL COMITE 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 transmita 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: If there are no comments on this resolution, it is accepted.

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 TECNICAS: 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 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.

LA XX CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el Informe de las Discusiones Técnicas sobre "Repercusión de los medicamentos en el costo de la salud: Problemas nacionales e internacionales" (Documento CSP20/DT/3), 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.

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 puede 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 "optimal." Are there other comments?

El Dr. VALLADARES (Venezuela): Deseo referirme precisamente al mismo párrafo al que se refirió el Dr. Gómez porque en él 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 "optimal" are acceptable? Then I take it that the resolution as a whole is acceptable.

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: SELECCION DEL TEMA DE LAS DISCUSIONES TECNICAS QUE TENDRAN LUGAR EN 1980 DURANTE LA XXVII REUNION DEL CONSEJO DIRECTIVO DE LA OPS, XXXII REUNION DEL COMITE REGIONAL DE LA OMS PARA LAS AMERICAS (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 el tema "Educación comunitaria en salud: Evaluación de los programas actuales, nuevas orientaciones y estrategias" 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.

Decisión: 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. We have before us a procedural issue concerning ongoing activities. It has been asked whether it is 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. QJEDA (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 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 que pudieran participar activamente en la presentación de los programas de los países sobre una materia tan importante de la salud pública. Conocemos la gran organización que tiene la Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria y Ambiental que desde hace 30 años viene trabajando con la OPS. Quisiera hacer mención de los tres últimos números de la revista de AIDIS, que a partir de octubre tendrá 10,000 ejemplares.

AIDIS tiene todas las características de una organización que debe ser apoyada amplia y francamente por la OPS, 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 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 AIDIS, 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, otro en Chile y otro en Brasil.

El CEPIS 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 se estará cumpliendo verdaderamente 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 misma razón 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. Our involvement in the activities of AIDIS 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. As I said, however, we expect to continue to disseminate information through AIDIS publications.

El Sr. OJEDA (Perú): Deseo aclarar la última parte de la información proporcionada por 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 de AIDIS o parte de él. Creemos que es bueno que dicho Comité tenga residencia en diversos países de América porque eso incita a que los Gobiernos ayuden a la Asociación. 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 dispositiva: "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 OSP 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.". 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 su situación. 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 OSP, 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 su favor, lo cual considero un poco aventurado en vista de que el tiempo que se invertiría en eso sería prácticamente interminable. Podría mencionar algunos otros organismos no gubernamentales que están en estrecha relación con la OPS: de pediatría, de ginecología, de algunas otras especialidades médicas de importancia en el campo de la salud, etc.

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): The Organization has provided support for the development of programs of mutual interest to AIDIS over the last two years. 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. 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 the 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 historic importance of the contributions 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 programs 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 stressed 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 emphasized 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 community health worker. Some countries support the widespread use of community-based workers, many of whom are part-time volunteers with relatively short periods of training, as being 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 delegados, 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; prestados por personal auxiliar tomado de sus lugares y adiestrado en cuatro meses, que sirven comunidades de menos de 1,000 habitantes.

Segundo, el personal es seleccionado en la comunidad--no lo 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 en poblaciones pequeñas, cercanas a las comunidades donde van a servir y con cursos uniformes de cuatro meses de duración.

Este personal actúa siempre con 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. Este sistema le suministra supervisión periódica a la medicina simplificada, cuando es posible por médico, otras veces 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 otros programas, aunque sabemos que en otros países ya se está logrando, y haremos todo lo posible para conseguirlo.

En el desarrollo posterior de esta idea a nivel de la OMS, nos ha preocupado que un problema 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, en 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 abarcarlo todo.

Creemos que 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 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; pero 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 trate 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 la participación comunitaria y la atención primaria a sus estrategias de extensión de cobertura.

No obstante, creemos que vale la pena enfatizar que este nivel de decisión debe ser 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.

En relación con los comentarios de un delegado que insistía en la programación por niveles, todo eso 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 complementar el plan nacional de salud que está vigente desde hace unos cuatro años. Esto permitirá un desarrollo sanitario, ordenado y permanente, de acuerdo con las prioridades del país.

Para estas actividades, como políticas de acción administrativa y técnica, se desarrolló un método de programación de grandes áreas programáticas que permiten realizar 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 comprende una amplia labor educativa en 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 elaboraron estos programas de atención primaria.

En primer lugar, quiero insistir con los delegados que se habla de ampliación de cobertura y el problema inicial es definir qué es cobertura y qué es lo que se ha 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 mediante la atención primaria. Este tipo de recomendación se está 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 mediante la atención primaria sin que se haya valorado suficientemente qué es lo que se ha 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 iniciarse un programa de ampliación de cobertura de atención primaria si realmente no se tiene un servicio de salud totalmente organizado donde se ofrezca, 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 demográfico.

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 se habla de la atención primaria como uno de los requisitos básicos al tener la participación de la comunidad, nos preocupa 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. Solo 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 latinoamericanos y quiero darles una cifra muy por encima. Si aceptáramos que los países tengan, en promedio, 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 excesiva 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 para la programación de nuestras propias actividades. Les digo esto porque al analizar estas cifras estamos sorprendidos de ver cómo desperdiciamos en 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 points 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 their development must be viewed in the context of the wider perspective of a number of other factors affecting health, if we truly strive to attain health as a final goal. I agree with the idea of extending health services to areas that are underserved and even unserved.

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 resource. 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 those services--a consideration that may, at times, be overlooked. Most of these extensions are oriented toward medical problems, by which I mean ill-health discovered through increased case-finding activities. This is important, but as mentioned by the Delegate of 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 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 life-styles? I hasten to comment that the related topic for the Technical Discussions 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, industrial or domestic accidents among young children. Where do we place the accent for action in plan, 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?

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 analytic 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 29: Extension of Health Services to the Underserved Population in Rural and Urban Areas.

Dr. JONES (GUYANA): Guyana has used auxiliaries in health services since before the beginning of the century, but they 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. They would thus 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 Delegate of Ecuador to introduce this item.

El Dr. EGAS CEVALLOS (Ecuador): Para nuestra Delegación, Sr. 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.

Notamos 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 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 de inmediato.

Por todas estas razones, quisiéramos analizar las recomendaciones del informe final 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): I would like to congratulate Ecuador for proposing the discussion of "Sociocultural Obstacles to Health Service Delivery." I would like to further compliment Ecuador on the excellent discussion paper provided to us for that discussion.

The Ecuadorean experience indicates the need for demographic, socioeconomic, and health service indices as a background for the adequate discussion of this item. Some of the issues discussed in the paper include: first, the intrusion of an indiscriminating health care system into the community; secondly the phenomenon of underutilization of health services. This latter problem is a worldwide one. In the United States of America the average number of health visits per person per year is about five; in Africa it is from two to three; in many Latin American countries it is about one; in some Southeast 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 to some sociocultural gap between the population and the health care system. Ecuador is correct in bringing this situation to our attention.

A third point brought out in the Ecuadorean paper is the intrusion of the educational system. 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 add three 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 returns 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 what is appropriate 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 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 feel there-

fore 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 nuestros sistemas nacionales de salud.

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 la 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 el servicio que se le presta tan mal como los que tenemos en las grandes ciudades 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 lográramos que la comunidad se acerque a los servicios que tenemos instalados.

Por ello mencionaba con anterioridad que cuando se programen las acciones de atención primaria debemos razonar y pedirles a las 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. 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 ello nos representara absolutamente nada en términos de la disminución de la calidad o de la cantidad de la atención médica que estábamos prestando.

Quiero hacer un último comentario. En relación con la 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 aun 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 la situación 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 recomendamos estas investigaciones, recomendémoslas a niveles factibles y a niveles útiles. No vayamos todavía a la gran investigación multinacional porque en esta materia no hay uniformidad. Aun dentro de un solo país no hay uniformidad tampoco, así que debemos estimular 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 desejaria 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 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?

Es un intento para 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 Delegado de Ecuador y los comentarios del Delegado 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 CEVALLOS (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 pudieran considerarse algunas de las recomendaciones que aparecen en el documento. Para evitar leerlas, 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 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 become 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 cost 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 1970's, 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 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, an 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 costs 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 costs-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 have 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 last August. There is also a scheduled meeting of the 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.

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%, que es el que se 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 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): This item provoked a great deal of discussion in the Executive Committee. It 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 their 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 Etats-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 precedentes, 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 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 de 1979.

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, 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--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 establecidos 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 sé si en principio esto sería aceptable, Sr. Presidente, para proceder inmediatamente a preparar el proyecto de resolución correspondiente.

The PRESIDENT: Are the proposals of the Director 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: EXTENSION DE LOS SERVICIOS DE SALUD A LA POBLACION 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, held 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, held in 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 the health and well-being 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 among 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, patient 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 priorities, 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 its Declaration, and to implement its recommendations.

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, y

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 esas acciones a la próxima reunión del Consejo Directivo.

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. I would like to suggest that this be included in the proposed resolution. In paragraph four in the third line, the idea is expressed but 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 Delegate of 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-à-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 tiene desigualdades mucho más graves o están más desprovistas de atención médica que las personas que tienen derecho de 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 funcionar.

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 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 overall health care, with due attention to the various levels of care, patient referral systems, supervision, etc. Then paragraph five would read: "To urge 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 services 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 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 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: The 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 prueba 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 of 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 y 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 esta, 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. If there is no objection, 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 ADMINISTRACION 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 and 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 y 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.

ITEM 35: SOCIOCULTURAL OBSTACLES TO HEALTH SERVICE DELIVERY (conclusion)

TEMA 35: OBSTACULOS SOCIOCULTURALES EN LA PRESTACION 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 modification 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 that may not accord with the present health service delivery system,

RESOLVES:

1. To recommend to the Director that he give 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 activities 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, y

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 servicios 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 área 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 "modificación" might be preferred, but in English we would prefer "intrusion."

El Dr. EGAS CEVALLOS (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: 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 CEVALLOS (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.

CLOSING SESSION
SESION DE CLAUSURA

Thursday, 5 October 1978, at 9:20 a.m.
Jueves, 5 de octubre de 1978, a las 9:20 a.m.

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

The PRESIDENT: I now call this session to order and would request the Rapporteur to read 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 preámbulo, 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 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.

Le Dr. BROUELLE (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 of 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 Inte-

americano, 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 result 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.

VERBATIM MINUTES OF COMMITTEE II
ACTAS TAQUIGRAFICAS DE LA COMISION II

COMMITTEE II
COMISION II

FIRST SESSION
PRIMERA SESION

Thursday, 28 September 1978, at 9:15 a.m.
Jueves, 28 de septiembre de 1978, a las 9:15 a.m.

Chairman:
Presidente:

Dr. Roquelino Recinos

(Guatemala)

ELECTION OF THE VICE-CHAIRMAN AND OF THE RAPPOREUR
ELECCION DEL VICEPRESIDENTE Y DEL RELATOR

El Dr. GUTIERREZ (Cuba): Quisiéramos someter a la consideración de los delegados la proposición de que el Delegado de Honduras ocupe la vicepresidencia.

Dr. DOUG-DEEN (Trinidad and Tobago): I would like to nominate as Vice-Chairman Dr. Penelope Key of the United Kingdom.

El Dr. EGAS CEVALLOS (Ecuador): Apoyo entusiásticamente la candidatura de Honduras.

El PRESIDENTE: La presidencia pregunta si hay alguna otra propuesta. No siendo así, se somete a votación la elección del Vicepresidente. Ruego a los representantes tomar nota de que hay dos proposiciones, la de Honduras y la del Reino Unido.

Hay ocho votos a favor de Honduras y siete a favor del Reino Unido, por tanto, se declara electo Vicepresidente al Delegado de Honduras.

Dr. BICA (Brasil): Sr. Presidente, eu proponho o Representante de Bahamas para o cargo de Relator.

El Dr. CAMPO (Argentina): Desearía proponer la candidatura del Delegado de Panamá para el cargo de Relator.

Dr. CHARLES (Executive Committee): With all due respects to Dr. Bica, I am not attending this Conference as the Representative of Bahamas, although I am a member of the Delegation. I am merely representing the Executive Committee. Therefore, I shall not be able to accept your very kind nomination.

Dr. BICA (Brasil): Senhor Presidente, peço desculpas pelo erro porque, sendo membro do Comitê, devia saber que o Dr. Charles está representando o Comitê Executivo. Neste caso apóio a proposta feita pelo Delegado da Argentina no sentido de propor o Representante do Panamá para Relator.

El Dr. GONZALEZ (Panamá): Le agradezco profundamente a los Delegados de Argentina y Brasil la postulación que han hecho a favor de Panamá, pero lamentablemente tengo inconvenientes que me impiden aceptar esa postulación ya que voy a estarme compartiendo en diversas actividades de trabajo que no me van a permitir permanecer aquí en forma permanente. Por eso, declino esa postulación que han hecho a favor de la candidatura de Panamá.

El Dr. BERMEO VALLEJO (Ecuador): Deseaba apoyar a Panamá, pero en vista de las circunstancias creo que deberíamos designar a otro y me permito, en mérito a la belleza femenina, proponer a la Delegada del Reino Unido.

El PRESIDENTE: ¿Hay alguna otra candidatura que quisiera proponer alguno de los delegados? No hay ninguna propuesta. Se da por electa la Delegada del Reino Unido.

Decision: Dr. Manuel Octavio Suazo, Delegate of Honduras, and Dr. Penelope Key, Delegate of the United Kingdom, were elected Vice-Chairman and Rapporteur, respectively, of Committee II.

Decisión: Quedan elegidos el Dr. Manuel Octavio Suazo, Delegado de Honduras, y la Dra. Penelope Key, Delegada del Reino Unido, Vicepresidente y Relatora, respectivamente, de la Comisión II.

ITEM 30: CONTROL VS. ERADICATION IN MALARIA PROGRAMS
TEMA 30: CONTROL VS. ERRADICACION EN LOS PROGRAMAS DE MALARIA

El Dr. PALACIOS (OSP): Todas las actividades de la Organización en el programa de malaria son el resultado de las resoluciones de sus Cuerpos Directivos.

Desde la 22a Asamblea Mundial de la Salud, y sobre todo en la Región de las Américas en los últimos años, se ha expresado con gran determinación en el Comité Ejecutivo y en el Consejo Directivo la necesidad de un cambio de estrategia, cambio que no contradice el objetivo final de la erradicación. Si se habla también de control es porque varios países han comunicado que no les es posible erradicar la malaria en un tiempo previsible.

En la XXV Reunión del Consejo Directivo de la OPS, la Delegación de México presentó el tema "Control vs. erradicación en los programas de malaria", originando una resolución en la que se reafirma el objetivo final de erradicar la malaria en las Américas, se reconoce que las actividades de control constituyen una etapa intermedia y se pide al Director que envíe a los Gobiernos el documento presentado por México, solicitando comentarios.

La OPS hizo un análisis de la información recibida y preparó un documento que fue discutido en la 80a Reunión del Comité Ejecutivo.

En el documento CSP20/9 (Control vs. erradicación en los programas de malaria) se destaca el número elevado de países (24) que respondieron y la alta calidad de las observaciones formuladas. Sobresale asimismo la uniformidad conceptual y la similitud de enfoques ante la factibilidad técnica y posibilidades financieras. Estas observaciones se basan en la experiencia de cada país, constituyen un valioso análisis y representan la opinión oficial. En ese documento figuran todas las observaciones enviadas por los Gobiernos, algunas transcritas literalmente y otras sintetizadas. Las conclusiones son las siguientes: los Gobiernos reafirman la erradicación de la malaria como meta final del programa y reconocen la validez de las actividades de control como una etapa intermedia; la situación de la malaria en las Américas no es uniforme en todos los países, algunos han logrado la erradicación en la totalidad o en parte de su territorio y otros están lejos de lograr la erradicación en un plazo previsible; donde existen dificultades para alcanzar la erradicación de la enfermedad en un plazo limitado, se deben establecer metas parciales o intermedias con criterio realista; en un programa de erradicación a plazo no limitado es necesario aplicar medidas con flexibilidad y con un criterio epidemiológico más estricto que en un programa de erradicación a corto plazo; en las respuestas recibidas se hace una petición a las instituciones internacionales para que vuelvan a brindar la ayuda necesaria a los programas de erradicación de la malaria, así como para intensificar las investigaciones encaminadas a la obtención de nuevos medios que hagan factible la erradicación de la enfermedad en la totalidad de las áreas maláricas de la Región de las Américas. Los programas, de acuerdo con esos comentarios, deben proceder a: mejorar sus estructuras para permitir la ejecución oportuna de las medidas

que surjan como producto de la investigación; adiestrar al personal nacional para que conduzca eficientemente los programas según las necesidades de la nueva estrategia adoptada por los Gobiernos, y realizar investigación operativa para una mejor utilización de la metodología y de los recursos disponibles. Hasta aquí el documento resultado del análisis de la información recibida de los Gobiernos.

El deterioro progresivo de la situación epidemiológica de la malaria a nivel mundial ha alcanzado proporciones de epidemia en numerosos países; ello motivó que la Asamblea Mundial de la Salud de este año insistiera en la necesidad de mejorar y ampliar las acciones contra la malaria por parte de los Estados Miembros y de la Organización. En la Región de las Américas la situación no es tan dramática. En los documentos distribuidos también está incluido el "Informe sobre la situación de los programas de malaria en las Américas" (CSP20/9). Los datos que en él se presentan fueron tomados de las respuestas de los Gobiernos al cuestionario que anualmente envían a la OPS.

Una apreciación global demuestra que se ha registrado un aumento en el número de casos. Las áreas que aún permanecen en ataque solamente representan en 1977 el 28% del total de la población del área malárica original de las Américas. Es importante señalar que no toda el área malárica en ataque tiene problemas de persistencia de la transmisión. Focos de diferente extensión y gravedad son los responsables del 92.6% de la totalidad de los casos descubiertos. Otro hecho digno de resaltar es el aumento considerable de casos de malaria en las áreas en consolidación, cuya gran mayoría procede de las áreas en ataque, e indica la necesidad de mejorar la vigilancia epidemiológica para evitar el restablecimiento de la transmisión.

Las prioridades establecidas en los tres últimos años por los Cuerpos Directivos determinaron que la Organización oriente sus actividades en el programa de malaria para reunir grupos de especialistas que hagan recomendaciones al Director, promover cambios que estén de acuerdo con las realidades epidemiológicas y económicas de los países, revisar los programas de malaria con los técnicos nacionales para adoptar progresivamente métodos más eficaces en las áreas con persistencia de la transmisión, estimular y orientar nuevas acciones en investigación y adiestramiento de personal, seleccionar y preparar información técnica para su distribución y promover reuniones de todos los programas de malaria de las Américas y de países fronterizos.

Las actividades que sobresalen durante 1977 y que están relacionadas con las prioridades enunciadas anteriormente fueron las siguientes: el Director convocó en abril a un grupo de estudio formado por 12 especialistas de diferentes disciplinas y cinco observadores que presentaron un informe con recomendaciones; en el mes de julio la Organización realizó una reunión sobre "Los primates no humanos en la investigación de la malaria humana", con 16 investigadores de Estados Unidos de América y de los países latinoamericanos; varios países han iniciado cambios en sus planes de operaciones y otros atrasan esta decisión por no haber completado los estudios epidemiológicos y de factibilidad o por problemas de financiamiento; la Organización ha participado en la revisión de programas en 1977 para facilitar los nuevos planes de operaciones; por ser el Plasmodium falciparum la especie más importante no solo en la morbilidad sino muy especialmente en la mortalidad causada por malaria, la OPS con el apoyo del Programa Especial de la OMS de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales y el Laboratorio Commemorativo Gorgas de Panamá, ha organizado tres cursos en el Brasil (julio), en Colombia (agosto) y en El Salvador, que se realizará en noviembre, en los que participan candidatos de 19 países para la realización de pruebas de susceptibilidad de P. falciparum a las drogas antimaláricas, utilizando microtécnicas.

Se ha completado el proyecto de investigación del Gobierno de Colombia con la Universidad de Nuevo México (EUA) y la OPS/OMS para el uso de monos Aotus trivirgatus en la producción de antígenos de plasmodios humanos. Esto ha sido posible con el apoyo económico de la AID (EUA).

Continúa la investigación de nuevos insecticidas en América Central. Tres países han iniciado encuestas seroepidemiológicas de malaria con la cooperación de la OPS/OMS. En diciembre de 1977 la Organización preparó un documento de orientación, que se envió a todos los programas, sobre propuestas de investigación de campo aplicada a malaria, para solicitar apoyo al Programa Especial de la OMS de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales, por considerar urgente que los programas nacionales de malaria realicen sus propias investigaciones, en relación estrecha con los trabajos de campo. La Organización ha cooperado y concedido becas para el tercer curso internacional de maestría en salud pública, con énfasis en malaria y otras enfermedades parasitarias, de la Escuela de Salud Pública de México, perteneciente a la Secretaría de Salubridad y Asistencia; al curso de entomoepidemiología de la Facultad de Salud Pública de la Universidad de São Paulo y al XXXIII Curso Internacional de Malaria y Saneamiento Ambiental en Maracay (Venezuela).

La OPS y la OMS iniciaron en 1977 los trámites de un programa continental de adiestramiento en malaria, de personal profesional y de nivel intermedio, a fin de preparar en tres años instructores que puedan realizar cursos en cada país. La Organización ha traducido o preparado ocho publicaciones técnicas durante 1977, las cuales están íntimamente relacionadas con las necesidades de información técnica para la utilización de métodos diversificados.

La Organización ha propiciado cinco reuniones de nueve países fronterizos durante el año de 1977. La OPS y la OMS están preparando con el Gobierno de México la Tercera Reunión de Directores de los Programas de Malaria de las Américas, que se celebrará en México del 26 al 31 de marzo de 1979.

En el programa dirigido contra una enfermedad tan extendida y de tanta complejidad biológica no puede esperarse el mismo ritmo de progreso en todas las áreas; inevitablemente habrá dificultades y retrocesos temporales. El futuro de la situación malárica dependerá del buen criterio epidemiológico que se use, de las técnicas que se seleccionen y de la decisión política que los Gobiernos adopten para su ejecución.

Dr. BICA (Brasil): Como é de conhecimento geral, nos últimos 10 anos a situação da malária vem-se deteriorando progressivamente em vários países do mundo. O recrudescimento da doença afetou particularmente alguns países do Sudeste Asiático e da América Latina, como foi assinalado na última reunião da Assembléia Mundial da Saúde e também pelo Dr. Palácios em sua excelente apresentação. De acordo com a informação existente, o número de casos notificados de malária no mundo duplicou nos últimos 5 anos. Em alguns países este aumento elevava-se a proporções dramáticas, chegando a atingir de 30 a 40 vezes o número de casos notificados com relação ao período de 1969 e 1970. No Índia, por exemplo, foram descobertos em 1977 cerca de 6 milhões de casos com elevada proporção de casos de malária produzida por plasmódios resistentes à cloroquina.

Como assinalou o Dr. Palácios, nas Américas a situação não é tão dramática. Sabemos, entretanto, que alguns países do nosso continente, por dificuldades econômicas, têm diminuído suas operações em busca de casos. Isso tem grande importância e deve ser considerado quando tratamos da incidência atual da malária no continente. É possível que nós tenhamos mais malária do que pensamos. Assim, a malária está novamente em algumas áreas pondo em risco não só a saúde das populações, mas também o desenvolvimento econômico e social de países onde a doença ainda incide. A gravidade do problema exige ação imediata e eficaz para impedir que a malária continue a propagar-se e estender-se.

A situação atual pode e deve ser modificada, bastando para isso que os países tomem a firme decisão política de combater a doença e iniciar prontamente as ações, as atividades anti-maláricas, selecionando e utilizando de maneira judiciosa os métodos de combate de que atualmente dispomos. É inaceitável que no fim do século XX ainda haja tantas pessoas no mundo que sofram e morram devido à malária. Com os atuais métodos de controle ou de luta contra a doença, desenvolvimento atual das infra-estruturas de saúde e recursos financeiros e humanos hoje existentes, os programas de luta contra a malária devem propor-se a reduzir a incidência

a níveis insignificantes, minorar os efeitos da doença sobre o desenvolvimento sócio-econômico e posteriormente erradicá-la, como também assinalou o Dr. Palácios. E como ficou também demonstrado no documento apresentado sobre o tema, os países das Américas reafirmaram o objetivo final da erradicação da malária e reconheceram que as atividades de controle constituem etapa intermediária.

No Brasil, a malária permanece com elevada prioridade nos programas do Ministério da Saúde. O programa de erradicação do paludismo vem apresentando resultados muito satisfatórios nos últimos anos. O programa permanece em plena atividade em todo o país, havendo já extensas áreas das quais se eliminou a transmissão, entrando extensas áreas nas fases de consolidação e manutenção, ainda permanecendo, entretanto, áreas em fase de ataque, sobretudo na Região Amazônica, a de maior complexidade operacional por suas condições ecológicas, clima equatorial, grandes florestas e sua imensa bacia hidrográfica.

A estas condições ambientais acrescenta-se ainda um inusitado fluxo imigratório com a formação de comunidade ainda instável, o que vem dificultando a campanha de erradicação. Esta campanha foi programada por etapas, em ritmo gradual e progressivo, dando-se prioridade às áreas de maior densidade demográfica, mais acessíveis às operações para que se possam experimentar os métodos e a logística para posteriormente serem incluídas as áreas de operacionalidade mais difícil. Dos 45 milhões de habitantes que vivem na área originalmente malárica, 34 milhões, ou seja 75% estão atualmente livres da transmissão da doença. Excluída a Amazônia, onde fatores epidemiológicos e o desenvolvimento intenso dificultam a luta contra a malária, esta percentagem eleva-se a 90%. Das 23 unidades federadas que compõem a área malárica, 8 encontram-se totalmente em fase de vigilância. Outras 11 já se acham parcialmente neste estágio e 4 permanecem em fase de ataque. A população das áreas ainda em fase de ataque é de 10.900.000 habitantes, ou seja somente 24% do total. Mesmo na Região Amazônica registraram-se nos últimos anos, principalmente a partir de 1976, resultados alentadores e em 1976 foi suspenso o rociamento de inseticidas havendo-se verificado a interrupção da transmissão em uma área de 1.600.000 km² onde vivem cerca de 2.800.000 pessoas, o que corresponde a mais de 25% da população total da região. Verificou-se também que a doença se localiza em uns poucos focos, pois dos 368 municípios existentes somente 47, ou seja, 12% são responsáveis por 80% dos casos ocorridos na região. Estima-se que até o final desta década, com exceção de alguns focos residuais na Região Amazônica, a malária estará erradicada do país.

O Brasil tem uma posição clara e definida favorável à filosofia e à estratégia da erradicação da malária e crê que os países com malária endêmica serão amplamente recompensados se desenvolverem programas de erradicação, evidentemente com os ajustes naturais a cada situação ecológica, epidemiológica e sócio-econômica. A erradicação exige dos governos uma clara definição política para que sejam assegurados os recursos na medida das necessidades, sempre por antecipação para que a cobertura do programa seja completa, cíclica, contínua e adequadamente financiada. Dentro desta filosofia, o Governo do Brasil vem assegurando oportunamente a campanha da erradicação da malária com todos os recursos necessários. Muito obrigado, Senhor Presidente.

El Dr. EGAS CEVALLOS (Ecuador): El tema que concita nuestra atención es muy importante y realmente significativo por denotar la intensidad, la calidad y la magnitud de la preocupación de los países y de la Organización para tratar de solucionarlo. Es cierto que el problema de malaria se ha extendido y se ha incrementado en el mundo, pero no es menos cierto también que existen ahora mejores situaciones y elementos de control de lo que existía antaño. No obstante, la malaria sigue en aumento. En mi país en 1977 se incrementó en aproximadamente un 12% con relación al año 1976. Comparto con el Dr. Bica todas sus inquietudes y me hago algunas preguntas y hago también algunas preguntas a la Organización. ¿Acaso desde hace dos o tres años no se ha observado el incremento de los casos de malaria en las Américas y acaso no habíamos reconocido también que organismos como el UNICEF estaban abandonando o habían abandonado la cooperación, especialmente financiera? Se pregunta uno entonces cuál ha sido la situación de gestión de la OPS ante el UNICEF para conseguir reorientar algunos fondos que permitan a los países la adquisición de materiales, la adquisición de equipos, que

era para lo que el UNICEF colaboraba antaño. Desgraciadamente, que nosotros sepamos, no se han hecho las gestiones necesarias y nos agradecería que en esta reunión el representante del UNICEF pudiera darnos alguna versión sobre la situación de estas gestiones y sobre la proyección de su futura gestión con relación a nuestra Organización.

Al mismo tiempo que se realiza la gestión ante el UNICEF, será necesario realizar otras gestiones ante otros organismos de crédito y financieros. No es posible pensar que el BID y el Banco Mundial pudieran sentirse al margen de la posibilidad de apoyo sistemático a los países, en los cuales no se pueden realizar muchas acciones antimaláricas, simplemente por falta de medios económicos. Desearía que se pudiese declarar, por ejemplo, el año 1980, año de intensificación o año de incremento masivo del control de las acciones de erradicación de la malaria en las Américas, como actividad orientada y dirigida a todos los países, con la cooperación de la OPS, de una OPS activa, dinámica y efectiva, para conseguir mejorar la situación en nuestros países. Dejo pues planteada una estrategia de acción que nos permita mirar las posibilidades de conseguir a corto plazo una acción que lamentablemente se ha abandonado.

En mi país en la actualidad el incremento de casos se ha registrado en dos provincias y especialmente, en dos partes de esas provincias que en conjunto no suman más de un 10% del área total malárica, pero que ha producido alrededor de 12,000 casos, en algunos de los cuales se ha encontrado la infestación por Plasmodium falciparum, lo que lleva lamentablemente a las situaciones que ustedes conocen. En una de las poblaciones fue necesario concentrar las actividades y dirigir la acción de gran cantidad de expertos y de trabajadores de otras áreas maláricas con el propósito de controlar, como en efecto se controló, el brote epidémico. Sin embargo, estos nos ha dejado serias experiencias, especialmente la necesidad de solicitar a nuestros vecinos la realización de las acciones correspondientes porque la mayoría de los casos fueron detectados como procedentes de un país vecino. La presencia del UNICEF y la presencia del apoyo financiero de organismos internacionales servirá un poco para paliar la grave situación en que se encuentra mi país por los diferentes problemas, especialmente en lo que se refiere a los trabajadores. Cada día el presupuesto asignado, alrededor de EUA\$5.5 millones, se vuelve más estrecho para la adquisición de material, por el incremento permanente de las solicitudes. Tenemos gran cantidad de rociadores e inspectores que no pueden rociar y al final tendríamos que disminuir las acciones. Habrá que pensar en un género de estrategias en términos internacionales y en términos locales para poder conseguir una acción adecuada. No se ha detectado todavía en mi país una acción insistente desde el punto de vista de resistencia del vector. Sin embargo, ya se están realizando estudios al respecto. Ha sido satisfactorio conocer por el informe del Dr. Palacios que existen estudios importantes, especialmente desde el punto de vista de la posibilidad de agentes inmunizantes. Yo creo que será así y ojalá también se considere al Ecuador para que se puedan hacer investigaciones en este sentido porque creo que la investigación no puede ni debe ser solamente atributo de muy pocos, como ha sido en el pasado. Las ideas que me he permitido formular tienen una dirección concreta encaminada a averiguar qué acciones se han hecho en términos de organización para conseguir el apoyo financiero, en primer lugar. En segundo lugar, para centrar la atención de los países en la posibilidad de declarar un año de intensificación de las acciones antimaláricas. Y en tercer lugar, para solicitar que se pueda conseguir la intensificación de las actividades de investigación en los países, en forma activa y eficiente.

El Dr. SUAZO (Honduras): Comparto en su totalidad la opinión del Delegado del Ecuador. Son enormes los problemas que tenemos con la malaria en mi país, que están condicionados fundamentalmente por el aspecto financiero que nunca ha sido suficiente en nuestros programas, y desgraciadamente desde 1971 para acá los programas han sido totalmente financiados por el Gobierno. Anteriormente contábamos con ayudas internacionales, ya sea como préstamo o como donaciones, las cuales ya no existen. Nuestra situación financiera hace que desde 1971 el programa sea financiado por el Gobierno y solo se ha contado aproximadamente con el 56% del presupuesto considerado necesario. En 1978 el Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria solicitó alrededor de EUA\$2.5 millones para el programa y solamente fueron aprobados \$1,900,000, lo que se desglosa trimestralmente y se entrega en un fondo rotatorio.

En todo este período no hemos recibido ninguna cooperación financiera de organismos internacionales y solamente la asistencia técnica de la OPS y la OMS. En Honduras el programa de la malaria comenzó en 1955. En 1956 y 1957 se llevó a cabo la fase preparatoria y en 1958 se inició la fase de ataque con cobertura total en el territorio malárico. En ese tiempo la malaria era la primera causa de mortalidad en el país. Ya desde el inicio comenzaron a presentarse problemas técnicos y desde julio del año siguiente se iniciaron los rociamientos semestrales con DDT. En 1971 se comprobó la resistencia del mosquito al DDT en dos zonas del país, lo cual obligó a las autoridades a utilizar el propoxur para el rociamiento de las habitaciones en dicha zona. Es motivo de gran preocupación actualmente el que estemos detectando resistencia al propoxur y al fenitrotión. Solicito que se haga algún tipo de investigación en Honduras. La evolución del problema que representa la malaria fue favorable en el comienzo pero en 1962 se pasó a la fase de consolidación, añadiéndose pronto otros territorios menores hasta tal punto que en 1965 la fase de consolidación comprendió el 82% de la población y el 68% de la superficie del área malárica.

Pero estas tendencias por factores se volvieron desfavorables; en 1977 el área en fase de ataque comprendía el 93.1% del territorio malárico. La irregularidad en la disponibilidad de insumos para el programa ha ocasionado en la última década dos grandes epidemias. En 1971 tuvimos 48,600 casos conocidos de malaria y en 1976, 48,800. En 1974 se había llegado al número más bajo de casos, 7,500. Desgraciadamente en ese año hubo el huracán Fifí que ocasionó que la economía del país bajara, y por año y medio estuvimos sin ningún programa antimalárico.

Honduras, en la medida de sus posibilidades, ha intentado controlar la situación y en 1977 el presupuesto para el servicio de erradicación de la malaria fue aumentado en un millón de lempiras, no llegando realmente nunca a cubrir todo lo que es necesario para un programa verdaderamente eficiente. Ahora, aprovechando la muy buena organización comunitaria que tenemos, hemos intentado desarrollar nuevas técnicas de control con la participación del área comunitaria, particularmente en el área del norte del país, en la región denominada el Bajo Aguán. Ahí vamos a tener una experiencia en la cual participan plenamente la comunidad y se experimenta con un nuevo tipo de funcionario que es el auxiliar de control de vectores. Es una persona que tiene su microscopio, adiestramiento necesario y hace una labor integral, rociamiento, control de vectores en la fase alada, control larvario, diagnóstico y tratamiento. A pesar de sus limitados recursos, Honduras no abandona el ideal de la erradicación de la malaria, tomando el criterio de control como etapa intermedia, y como en otras ocasiones exhorta a los países hermanos a ensayar y compartir los métodos de control que permitan flexibilidad en su aplicación y disminución.

El Dr. BUSTAMANTE (México): Comienzo por agradecer a todos los Miembros de la OPS el dirigir la Organización hacia la meta fundamental de la lucha contra el paludismo que es la erradicación. Había habido un desánimo, un desaliento y una especie de desfallecimiento en la lucha contra la malaria. Como todos nos damos cuenta, es fundamental para la vida de los países que sufren de paludismo el luchar contra esta enfermedad. En el paludismo influyen toda clase de problemas, pero uno que no debemos dejar a un lado es que la mayor parte de los países en desarrollo son los que sufren más de paludismo.

El Dr. Bica, que es uno de los héroes de la salud pública, porque logró la erradicación de la viruela en el Brasil, bien sabe lo que es enfrentarse a estos problemas en un país gigantesco. El sabe que parte de los problemas del Brasil se deben a que está creciendo y son los habitantes del Brasil los que van a los lugares donde el paludismo les va a poner obstáculos y donde van a tener que luchar contra la enfermedad. Todo el resto del país, desde hace muchos años, se había desarrollado, como es el caso de México, que tampoco tiene paludismo; lo han erradicado, como erradicaron el Aedes aegypti, como erradicaron de todo el país la viruela. El mismo caso es el de México. Nosotros teníamos un área palúdica inmensa y con falciparum predominante a lo largo del Golfo de México. Sin embargo, esta es la zona donde México actualmente está produciendo una de las mayores actividades, debido al hallazgo y la explotación del petróleo; en estos lugares es donde ya ahora el paludismo no es problema para mi país.

Por otra parte, el grupo de la OMS y de la OSP que fue a México y que hizo el estudio de la situación, encontró que los Estados de Baja California Sur, Nuevo León, Coahuila, Guanajuato, Tamaulipas y Aguas Calientes pasarán de la fase de consolidación a la de mantenimiento a partir de 1979. Las áreas de Yucatán, esto es el Golfo de México y parte del Caribe, Tabasco, Hidalgo, Querétaro, San Luis Potosí, Veracruz, Campeche y Quintana Roo pasarán a la fase de consolidación.

En el Addendum al Documento CSP20/9 se indica que se ha avanzado. Nuestros conocimientos sobre el paludismo nos permiten una evaluación mejor del problema: necesitamos personal adiestrado. En el informe del Dr. Palacios se insistió en esto, que es algo en que la Organización debe insistir. Quiero hacer un llamamiento a los delegados: ya que somos nosotros los que tenemos que estudiar el presupuesto de la Organización, somos nosotros los que sabemos cómo debe distribuirse ese presupuesto. Vemos que hay una disminución (pág. 35 del Documento CSP20/9) de los egresos para la campaña antipalúdica. Los presupuestos han disminuido. Los que han visto la disminución de los presupuestos son los delegados de los países en las reuniones, entonces, somos nosotros mismos los que tenemos en la mano la posibilidad de ver en qué parte se puede distribuir primero, antes de la ayuda externa, la cuota de los países de la Organización y cómo se gasta eso para paludismo.

Hemos perdido malariólogos y no hemos adiestrado suficientes malariólogos, hemos perdido entomólogos y no tenemos entomólogos en los países. Si hiciéramos una lista de los entomólogos y de los administradores sanitarios que están trabajando en los países con conocimientos del problema del paludismo, verdaderos entomólogos entusiastas, de los que querían ir al campo a luchar, no de los que querrían desde las ciudades estar dirigiendo comunicaciones-- como desgraciadamente se ha hecho en muchos casos-- los hemos perdido. Entonces, para eso sí necesitamos y nos debe satisfacer la Organización y la ayuda internacional. Algunos países que ya no tienen el problema del paludismo, los Estados Unidos, por ejemplo, y algunos otros, aumentan con personal de una gran capacitación y han estado dispuestos a darnos cursos con los malariólogos de Venezuela, los malariólogos de Brasil, los de muchos otros países. No voy a insistir en muchos detalles sino en aquellos que están en nuestras manos como Organización internacional. Ya desde el año pasado decidimos con nuevo entusiasmo y con renovado vigor el propósito de trabajar por la erradicación. Es necesario luchar; otras enfermedades nos presentaron y les presentaron a nuestros antepasados mayores problemas, recordemos de paso cómo fue la fiebre amarilla urbana y qué cosa hizo, pero se pudo terminar con ella; cómo sigue siendo la amenaza de la fiebre amarilla selvática y se la detiene, se la controla, se vacuna y las gentes van a trabajar y no hay casos urbanos, a pesar de que todavía queda el Aedes aegypti en diferentes lugares. ¿Por qué estos países que fueron el primer grupo en erradicar la viruela en el mundo, encuentran en el caso del paludismo, tantas resistencias?

Se está emprendiendo la investigación y hemos oído, presentados por el Dr. Palacios, algunos programas de investigación; sin investigación científica no se pueden plantear los problemas políticos. Pero si los problemas políticos no los presentamos del lado técnico estamos perdidos. En nuestro organismo hoy es el primer día en que abordamos en esta reunión un problema técnico de salud pública. Nosotros mismos, que se supone somos un grupo de especialistas, tenemos días y días dedicados a otras cosas, desperdiciando la preciosa posibilidad de una organización internacional en la que todos podrán buscar nuestros conocimientos, buena voluntad, interés o economía para contribuir a la resolución de los problemas de los demás. Concluyo agradeciéndoles que, al haber aceptado la iniciativa de volver a retomar el problema de insistir en la erradicación del paludismo, pongamos en esto todo nuestro entusiasmo, toda nuestra cooperación, que demos a la Organización esa capacidad de dirección y que digamos a la OSP, este es el programa en cada una de las cosas que tenemos. Por el momento me limito a este, al paludismo. Este es el programa. El informe del Dr. Palacios indica que hay la posibilidad, el personal, el material para hacerlo. Vamos a estudiar muy bien nuestros documentos y vamos a trabajar todos juntos; es difícil el problema, es un problema biológico, grave, intenso, pero los seres humanos para eso tenemos la posibilidad de la voluntad y de la inteligencia, de la capacidad, y sí tenemos una Organización internacional de salud, vamos a usarla. Cada quien que haga lo que le toca, que tiene obligación de hacerlo en su país, pero vamos a hacer todos juntos aquello que no podemos hacer todos aislados.

Dr. MANLEY (Jamaica): I just want to speak briefly--from the point of view of a country that has eradicated malaria--to support and emphasize some of the points made by Dr. Palacios in his excellent survey and presentation.

Jamaica eradicated malaria in the 1950's. We now are in the late 1970's, and we find that malaria is slowly being reintroduced as the result of the population movements and the improved transportation that are associated with contemporary life. We recognize the problems of resistance of mosquitoes to insecticides; of logistics in many countries, especially large ones; and particularly of finances. We feel, however, that the longer these problems are left unresolved, the longer the situation persists. The problems tend to become more intense. If we had to conduct another eradication campaign for malaria in Jamaica, the cost would be very much greater than it was in the 1950's, again because of the inflation associated with modern life. Therefore, we support the proposal made by the Delegate of Ecuador, that we should set aside a time for an intensive campaign to eradicate the disease in the Region once and for all. As I have said before, if we do not do this we will find that it will creep back into other areas, and the cost and technical difficulty of eradicating it again in the 1970's or 1980's will be much greater than it was before. I am not sure if 1979, as was suggested, is the right year to designate as the period for such a campaign--that is a matter of detail--but certainly in principle we would support the suggestion that a campaign be carried out.

Dr. DOUG-DEEN (Trinidad and Tobago): My Government supports eradication of malaria. I am not very happy with the title "Control vs. Eradication." It implies that the two things are in opposition to each other. Some countries, because of economic difficulties, will want to begin with control, but mainly as a stretch of the road toward final eradication. I do concur with the distinguished Delegates of Jamaica and Ecuador, however, in that, if we aimed for control only, we would never really move toward eradication, unless definite goals and targets were set.

I say this because I have seen this happen from personal experience. At one time a large percentage of all deaths in Trinidad and Tobago were due to malaria. Attempts to eradicate malaria succeeded in 1965, and Trinidad and Tobago was entered in the register of WHO as malaria-free in February 1966. It is now in the maintenance phase. I bring up the question of setting deadlines and dates, even within control programs aiming at final eradication, because of the tendency toward complacency.

I have noted this tendency reflected in two areas. One of them is among experienced workers who were present in the original malaria eradication program and who now adopt an attitude of having eradicated malaria and being able to sit back and take it easy. Complacency is a true threat. As pointed out already, we have had imported cases as the result of jet travel and the movement of people from country to country. It is moreover true that the vector still abounds in Trinidad and Tobago, and the risk of a resurgence of malaria is a real one.

The second area affected by the question of complacency is that of the present-day medical curriculum. How many graduate medical students have seen a case of malaria or seen malaria bionomics? This is a real problem, one that includes lots of other diseases under one main subject--that of travel and the fact that in their practice doctors are perhaps not now oriented toward the possibility of disease being imported through travel from other areas. I say this in the context of malaria, but it is equally applicable to other diseases, such as cholera, dengue, and yellow fever.

One of the important factors I have mentioned before, and will repeat again, is the intercountry exchange of information. It is important that countries supply each other, on a timely basis, information on the occurrence of cases of malaria. Reporting it through PAHO/WHO is sometimes a little delayed. We of course know what the situation is in countries where the disease is endemic. There are times, however, when you do not know what is hap-

pening in countries, and unless information is received timely by other countries, preventive measures are inhibited.

Information regarding the drug-resistant parasite is also important. Again, I have seen a case of importation from another country: an individual from Trinidad and Tobago who, in the company of someone from the United States of America, paid a visit to another country and came down with a case of malaria that was drug-resistant. I was able to ascertain the name and address of the U.S. citizen from the U.S. Public Health Department, what the situation was, and whether they had already found out about the malaria. This, then, was an important intercountry exchange.

These two types of information are essential parts of surveillance activity. Another area of surveillance activity that is quite useful, especially in the context of travelling, is the maintaining of positive and close liaison with bodies like travel agencies, airlines, and ministries that have knowledge of people travelling to and from countries. This type of liaison has proved advantageous on many occasions, such as in the use of prophylactic drugs with people travelling abroad, especially groups, and in the detection of imported cases through type of direct surveillance of people returning from malarious countries. The latter are not, of course, taking the drugs, but we are able to pick up cases quite early.

In discussing the areas involved in the malaria eradication program in which PAHO can help, one obvious one is, of course, technical cooperation in the early stage of the program and in stages where difficulties are experienced.

Another area of PAHO cooperation is training. We cannot carry out any malaria eradication or maintenance phase without this. Again I stress the point that countries that have eradicated malaria and that are in the maintenance phase have stopped training programs--which reflects part of the complacency that I referred to earlier. There is need for training in the epidemiologic and the entomologic aspects, and in the laboratory aspect as well. Unless the bionomics of the mosquito and other ecologic factors are identified and applied in the countries' programs--using a scientific approach rather than just adopting unmodified subprograms as in some of the countries--cost effectiveness can, in fact, be diminished.

Another area of cooperation is research development. We are seeking the development of a technique for early diagnosis and better treatment.

Lastly, PAHO should continue to make available to countries needing it some source where drugs, when required in large numbers, could be easily and readily obtained.

The session was suspended at 10:30 a.m. and resumed at 11:00 a.m.
Se suspende la sesión a las 10:30 a.m. y se reanuda a las 11:00 a.m.

El Dr. JUAREZ (Guatemala): El problema de la malaria en Guatemala es el siguiente: el área malárica comprende una extensión de 80,350 k² que constituye el 73% del total de la superficie del país. La población directamente en riesgo es de 2,481,129 habitantes e, indirectamente, el resto de la población del país. Veinte de los 22 departamentos, sin incluir Belice, están localizados total o parcialmente en el área malárica. El inicio del programa de erradicación fue el 5 de junio de 1956. Las medidas de ataque que se están utilizando son, en primer lugar, el rociamiento intradomiciliar con insecticidas de acción residual en todas las viviendas del área malárica. Se inició este rociamiento con dieldrín, suspendido por resistencia del vector en 1950. En 1957 se principió nuevos rociamientos con DDT. En 1972 este no fue efectivo en la costa del Pacífico y otras regiones y fue sustituido por propoxur, que en 1976 ya no era efectivo. En 1978 se aplicó fenitrotión que causó también pronta resistencia. Como medidas complementarias se aplicaron la medicación colectiva, cloroquina, primaquina, administrada en forma regular cada 14 días, sobre todo en las zonas del litoral del

Pacífico y el rociamiento antilarvario. A los casos descubiertos se les administró el tratamiento de cura radical correspondiente. La situación actual del rociamiento intradomiciliario de insecticidas hasta julio de 1978 es el siguiente: Sumitién, 304,076 rociamientos, lo cual representa una cantidad de 65,608 kilos gastados, DDT 45,328 rociamientos, 21,399 kilos gastados. El rociamiento antilarvario se hace en la siguiente forma: semanalmente, área de criadero tratada 32 kms²; población protegida, 34,622 habitantes. El larvicida que se está utilizando es el sentién.

En la búsqueda de casos las muestras hemáticas examinadas en la actualidad hasta el mes de agosto ascienden a 292,838; se habían encontrado casos de malaria. Plasmodium vivax, 34,326; Plasmodium falciparum, 2,382 y casos asociados, 77; haciendo un total de 36,785 casos. Tenemos 6,461 colaboradores voluntarios legos ubicados estratégicamente en toda el área malárica. El presupuesto aprobado para 1978 es de 3,028,898 quetzales.

El Dr. CHIRIBOGA (Estados Unidos de América): Antes que nada quisiéramos felicitar al Director de la OSP y a los miembros del personal que prepararon el informe que hemos escuchado esta mañana, el Documento CSP20/9. Hemos también escuchado con atención lo que los delegados nos han dicho acerca del problema de la malaria en el Continente. Pero quisiéramos hacer algunos comentarios sobre el informe en cuestión. Creemos que los datos presentados son muy útiles para exponer la problemática que vivimos hoy día en lo que se refiere a malaria, pero creemos también que se ha puesto muy poco énfasis en el estudio de la conducta de los vectores, fundamental para poder hacer una lucha eficiente con insecticidas u otro tipo de medida de control. Quizá regresaremos sobre esto más tarde. Estamos completamente de acuerdo con la vigilancia sistemática de los casos con resistencia a la cloroquina cuando se trata de Plasmodium falciparum, pero es algo que quisiéramos enfatizar, el que esto se haga o se complemente con la mayor rapidez y energía.

Hay otra cuestión que también nos preocupa y que quisiéramos poner a consideración de ustedes; el frecuente uso y cambio de insecticidas, la mayoría de ellas sustancias químicas altamente tóxicas. Debemos proteger lo mejor posible a los trabajadores del campo que fumigan con estas sustancias. Creemos que debería enfatizarse el que se hagan estudios toxicológicos detallados y sobre todo que se eduque al personal de campo de tal manera que el riesgo para su salud sea el menor.

Se ha puesto aquí de manifiesto por varios de los delegados que uno de los problemas más graves que está surgiendo es el que si bien es verdad que la malaria se va incrementando en el Continente, la cantidad de personal entrenado, entomólogos y todo aquel personal que se dedica a este trabajo está disminuyendo, y está disminuyendo lógicamente porque al desaparecer la malaria en algunos lugares muchos pensaron que esta enfermedad estaba en retroceso y es difícil justificar programas de adiestramiento. Por eso, nos felicitamos por aquellos programas de adiestramiento, que se han mencionado y especialmente el hecho de que en México la Escuela de Salud Pública haya decidido poner en su programa de adiestramiento un curso de malaria, lo que daría a estas personas que bregan con muchos problemas de salud pública la posibilidad de, al menos, entender qué está pasando con la malaria en el Continente.

Para terminar, queremos enfatizar lo que ya dijéramos en la reunión anterior, quisiéramos ver que todos los programas contra aquellas enfermedades transmitidas por vectores pudieran ser coordinados y destacados por la OPS de tal manera que enfermedades como la malaria, enfermedad de Chagas, filariasis y dengue lleguen a ser una preocupación prioritaria no solo para los organismos internacionales sino también para los países que sufren esas enfermedades.

El Dr. MARIONA (El Salvador): El programa contra la malaria en El Salvador ha estado confrontando en los últimos años una seria dificultad debido al enorme incremento de la incidencia de problemas palúdicos. Nuestro territorio nacional, a diferencia de otros países, tiene, podríamos decir, más del 99% como zona malárica. Son muy pocas las áreas que podrían considerarse libres de problemas maláricos. Estamos de acuerdo con casi todos los conceptos

vertidos por el Delegado del Ecuador, cuando habla de que es necesario hacer una campaña intensa a nivel de todos los países para su erradicación. Estamos de acuerdo que es necesario buscar los recursos económicos, los recursos financieros que antes teníamos y que ahora algunos de los países no tenemos; que es necesario incrementar las investigaciones y sin embargo quisiéramos hacer hincapié en un aspecto bien importante que para nuestro país tiene mucha trascendencia. No es realmente solo el factor económico el que incide en esta situación; a través de los 15 ó 20 últimos años hemos podido observar como hemos dedicado la cantidad de miles de millones de dólares para el programa de malaria y sin embargo la malaria continúa existiendo en nuestros países. Factores ambientales, factores climáticos, factores de movilización de personal, factores de muchos tipos, pero sobre todo en nuestro país factores operacionales tradicionales son los que más bien han causado esta dificultad.

En 1976 tuvimos una de las mayores incidencias en el país y registramos una cifra de 85,000 casos diagnosticados de malaria. Llegamos a tener casos de malaria falciparum que había muchos años que ya no había. Esto coincidió con la visita del Dr. Palacios, le planteamos nuestro plan y él estuvo de acuerdo con nosotros y nos informó que también algunos otros países del mundo están volviendo los ojos hacia esta programación. Entonces, desde dos años para acá, hemos establecido lo que el estimado colega de Guatemala decía, lo del control larvario, dando mayor énfasis a la destrucción de criaderos de larvas de mosquitos que al rociado. Naturalmente el rociado no lo abandonamos, pero tampoco lo aplicamos en lugares donde sabemos que realmente la resistencia del vector es absoluta a todos los insecticidas de que se dispone hasta ahora.

A través de esa nueva estrategia de trabajo, de los nuevos procedimientos que la moderna tecnología nos ofrece, como la liberación de zancudos estériles, como la destrucción de pantanos, y a través de una coordinación multisectorial adecuada de todos nuestros ministerios que tienen o pueden participar en este aspecto, hemos afortunadamente logrado obtener un real descenso de la incidencia. Podríamos decir que hemos logrado reducirla a menos de la mitad en el transcurso de un año y esperamos que en este año logremos quizá llegar a un porcentaje menor. Lógicamente nuestras esperanzas están basadas en el apoyo económico, indudablemente no podemos decir que no lo necesitamos, sí lo necesitamos, pero nuestro propósito es cambiar totalmente la estrategia operacional, quizás de esa forma logremos llegar algún día a poder hablar de erradicación.

Dr. CHARLES (Executive Committee): I take the floor briefly as one perhaps in an advantageous position in that I can view the countries of the Americas in two different sectors: the Caribbean islands and what I would call the mainland countries.

Most of the Caribbean, with the exception of Guyana and Haiti, is "sitting on a good wicket" through the efforts which were made in the 1950's. The majority of the countries have achieved eradication. Now they are becoming complacent. There has recently been an episode in one Caribbean island which brought home forcibly to all of us who are interested in this field that there can be no complacency regarding malaria until global eradication is achieved.

In agreement with my colleague, Dr. Doug-Deen of Trinidad and Tobago--and as I had occasion to say in another forum--I think perhaps the heading of this item of discussion, "Control vs. Eradication" is not a true reflection of the actual situation. It seems to me that a more appropriate heading might be something like "The Implications of Malaria to Health in the Americas"--to highlight the fact that malaria remains a problem in a large portion of the Americas.

In regard to the Caribbean islands, I certainly would like to see the Organization encouraging and stimulating a greater interest and implementation of the continued surveillance program. I need not go into the details of what comprises surveillance. If, for example, one were to walk into one of the laboratories of the smallest territories with a less-developed health service infrastructure, one might not be able to find even 100 mg tablets of chloroquine or Giemsa stain. This will give you an indication of what I mean by ac-

tive surveillance. These islands should be encouraged to continue examining slides from febrile cases. Through its system of laboratory programs, CAREC every now and then should insert the odd positive slide into the routine work of laboratory technicians so that some of them can be kept "au courant" and reminded of what the malaria parasite looks like. This could likewise be applied to Caribbean students being trained in medical schools, so that they can observe the parasites before they graduate.

For what I refer to as the mainland countries, there obviously are problems. Some of the speakers have referred to technical, administrative, financial, and management problems of varying magnitude. I am quite sure that all of us here are convinced that the malaria parasite and its mosquito vectors cannot beat us in the long run, if and when we exert the full force of our knowledge and our capabilities to deal with them.

Smallpox was an easier matter in that we were dealing only with one agent, the virus. Malaria is a more difficult situation, because we have the complexities of the parasite and the mosquito vectors. If, however, one considers the progress that was made in the earlier years of the eradication program and particularly in the Caribbean, progress could still be achieved under certain circumstances. Ultimately there is no doubt that our objective must be eradication of the disease.

For the less-developed, nonindustrialized countries, control programs are more difficult to implement than eradication programs. An eradication program is a concerted and well-defined effort which, under favorable circumstances can encourage external assistance because of expectations of a job well done. With a control program, you have a weak health infrastructure, the complacency of those who actually have to do the work, the lack of interest of the Government--especially the financial section, where provisions are made in the budget. All this makes it much more complicated. As one speaker said this morning, the longer we continue with ineffective control programs in these countries, the greater will be the difficulty. The disease is going to spread beyond its present perimeters, which in turn will create greater difficulties in securing the necessary assistance from outside sources.

I therefore take this opportunity to repeat the suggestion that if we are to make the necessary progress against malaria on what I am referring to as the mainland of the Americas, we should, with the collaboration of PAHO, pick one of the areas. Let us take the smallest, most feasible one and pour in all our resources for three, four, five years, and demonstrate that we can actually achieve our aim and, thereby, perhaps, regain the confidence that we have lost and the access to external sources of assistance.

Dr. JONES (Guyana): Guyana is one of the countries that has suffered a setback in malaria. Transmission had at one time been interrupted throughout the country, but in 1975 reinfestation from the neighboring countries took place. Because of the limitation of funds and activities, we are now faced with a major problem. Although there has been considerable improvement, the high costs and the difficulties that we are running into highlight the points that have been made by the distinguished Delegates of Ecuador and Jamaica. It shows how difficult it is once eradication has been nearly achieved.

One of the major problems that affects Guyana and the neighboring countries is that most of the inhabitants of the interior are very nomadic people; they travel from country to country and from district to district. In this way they spread malaria; in fact, they are a constant threat not only in their own localities but in the areas where we have interrupted transmission.

Another problem that we face is the high cost of transportation in such districts. These are people who cannot be neglected, particularly because they are nomadic. We have to reach them, although the costs are high and it is difficult to get supplies to them. We are confronted by a very distressing problem in that at times it is extremely difficult to get supplies from overseas. Supplies that are very needed--insecticides and drugs--sometimes take nearly six months to get to Guyana.

Another point which was made by the Delegate of Trinidad and Tobago, with which we agree heartedly, is the difficulty in getting outside expert assistance in training. This is a major problem, one that must be solved if the programs are to work satisfactorily.

To summarize, I feel that it is very important for us to stress training programs; technical assistance, so as to ensure that modern and approved techniques are applied to our work; and financial aid, because most of the smaller countries are faced with problems of getting drugs on time--drugs without which we will never be able to achieve eradication.

El Dr. MICHELSEN (Colombia): Desafortunadamente el informe de Colombia no es bueno; nosotros, como acaba de comentar el Delegado de Guyana, también hemos retrocedido en nuestra lucha contra la malaria. Me voy a permitir recordarles algo de la situación epidemiológica nuestra en este momento y les voy a dar unas cifras que ilustran la situación muy bien.

El 85% de nuestra área geográfica es una zona potencialmente malárica, el 40% de esta área tiene factores climáticos que tan solo permiten una baja endemia con reservaciones epidémicas, pero en el 60% restante se observa climatología favorable a la transmisión permanente. Allí el paludismo presenta caracteres de mediana y alta endemia. La población del área malárica estimada, en julio de 1978, era de 15,354,000 habitantes, que según el riesgo de enfermar se puede distribuir en la siguiente población y superficie: sin endemicidad, un área de 113,000 km y 10,448,000 habitantes. La incidencia parasitaria por 1,000 habitantes en este grupo es de 0.8; con endemicidad media y baja tenemos un área de 632,511 km con 3,320,000 habitantes y con una incidencia parasitaria de más de 2.3, y con endemicidad alta tenemos 225,000 km con 1,586,000 habitantes y una incidencia parasitaria de 29. En una cifra total registramos en 1977, 63,888 casos, de los cuales el 87% se originó en estas áreas de alto riesgo que son las áreas de colonización. A más de este factor de colonización y como causa de nuestro retroceso hemos tenido una temporada de lluvias poco usual que ha favorecido la multiplicación de criaderos e intensificado la actividad del vector.

También hemos observado, como ya han mencionado algunos, resistencia del vector a los insecticidas y también resistencia de algunas cepas de falciparum a la cloroquina. Por otro lado ha habido una serie de dificultades administrativas que en este momento están en vías de mejorar y que también pudieron contribuir a este factor. A nosotros nos preocupa muchísimo la situación y quiero repetir lo que mis antecesores han propuesto como metas que debemos tener para luchar contra la malaria, pero tal vez lo único que yo agregaría sería que debe educarse o capacitarse a la población de estas zonas de alto riesgo en relación con el problema de la malaria. Así como vacunamos a las personas que van a las zonas de alto riesgo de fiebre amarilla, debíamos hacerles una vacuna educativa a las gentes que van a estas áreas y ver la manera de que ellos mismos ayuden a luchar por la erradicación de la enfermedad.

El Dr. VALLADARES (Venezuela): Voy a hacer mención de algunas cifras del informe de Venezuela, porque creo que es un buen ejemplo de país que tomó una decisión política, que pudo, que tuvo la fortuna de poderla poner en ejecución, que ha sufrido, es decir que su éxito, su logro, también tuvo su tope, llegó hasta un determinado sitio y en el transcurso de los años ha sufrido altibajos y el presupuesto ha tenido que triplicarse en los últimos cuatro años para mantener los logros de los decenios anteriores. Tenemos 600,000 km de superficie con 9,000,000 de habitantes dentro del área originalmente malárica y para el año 1961 había sido erradicada la malaria en el 75% de ese territorio. De entonces para acá en esa área erradicada no ha habido nuevos casos autóctonos de malaria pero nos quedaron y nos quedan cerca de 140,000 km² con alrededor de 390,000 de habitantes donde la malaria no ha podido erradicarse, a pesar de que desde 1961 la erradicamos donde se pudo erradicar. Los compañeros de equipo de salud, los malariólogos conocen perfectamente las razones de los problemas técnicos relativos al transmisor, especialmente los hábitos del anófeles nuñeztovari en mi país. Los problemas de la resistencia al insecticida no son fundamentalmente problemas que no se puedan vencer en la lucha contra la malaria. También hemos tenido problemas del falciparum resistente a la cloroquina en ambas áreas maláricas, me refiero a ambas porque esas dos zonas que nos quedan están, una en los límites con Colombia en el lado occidental y otra al

sur, en los límites con Brasil. El informe dice que el mejoramiento de la situación malárica en este último cuatrienio se debió a una revisión de la utilización de las medidas de ataque, lo que significó un aumento en todas las actividades ajustadas según los años a la frecuencia de los ciclos de rociamiento y empleando medidas adicionales y extradomiciliarias, tales como el uso de medicamentos antimaláricos en programas de administración masiva en comunidades que en el trimestre anterior alcanzaron una incidencia anual de 50 a 100 casos por 1,000 habitantes. "Sin embargo, la tendencia hacia la estabilización de la enfermedad a un nivel alto, así como su difusión por la gran movilidad de la población a áreas en fase de mantenimiento contiguas al área en fase de ataque, con una gran receptibilidad por estar presentes los anófeles vectores tuvieron por consecuencia la formación de focos nuevos activos a los cuales hay que tratar de urgencia con el mismo personal. Esto indica la necesidad de reforzar urgentemente el programa mediante la eliminación del mayor número de dificultades susceptibles de ser resueltas". He citado este párrafo porque creo que en esa situación estamos en general.

Hace ya rato que en la OSP estamos discutiendo lo de la erradicación y el control de la malaria y vamos y venimos y enumeramos los problemas técnicos, los problemas administrativos, y se llega a decir finalmente que es necesaria la decisión política. Claro, eso es fundamental y yo creo que uno de los éxitos que tuvo la lucha contra la malaria en su época de éxitos es porque entonces la malaria significaba un problema político muy grande para los Gobiernos. En mi país todavía hoy lo significa porque la erradicamos, y llegar a decir en Venezuela que hemos dejado entrar la malaria de nuevo en la zona erradicada sería políticamente un golpe muy serio para cualquier Gobierno, por lo que los Gobiernos ponen todo el dinero que se va necesitando para por lo menos mantener el área libre de malaria erradicada. De manera que yo creo que esto de la decisión política y la capacidad de financiación van juntas y posiblemente hay Gobiernos que no puedan tomar la decisión política porque saben que no van a poder afrontar la financiación de la campaña, aunque todos los Gobiernos probablemente desean y se adhieren a la erradicación, es posible que no puedan tener la determinación política porque dicen ¿cómo la tomamos si no tenemos en qué respaldarnos? Ante esa situación, pienso qué es lo que vamos a aportar en cada una de estas reuniones, qué hacemos para decidir lo que vamos a recomendar, cómo vamos a estimular, de dónde vamos a conseguir el dinero si el problema es de financiación, qué es lo que vamos a sugerir a los Gobiernos. Yo creo que técnicamente el programa de la malaria lo tienen bien conocido los malariólogos y bastante bien los no malariólogos, tanto es así que los que no somos malariólogos incluso aspiramos a poder colaborar con ellos a través de los servicios generales de salud que yo creo que tienen su importancia. En mi país también los estamos utilizando cuando es posible, sin que pretendamos de ninguna manera creer que es necesario eliminar el organismo específico de malaria, que tiene que ser todavía permanente en todos nuestros países, de eso no nos queda duda. Pero podemos también utilizarnos mutuamente y así como los malariólogos han servido mucho para que penetren otros servicios en las áreas rurales, así también los servicios primarios de salud establecidos pueden colaborar mucho, por lo menos en la parte de vigilancia epidemiológica, de tratamiento de casos y administración masiva de medicamentos.

Realmente no tengo nada nuevo que aportar, esto es solo un resumen de una experiencia de ese país que tuvo la decisión, que tuvo la posibilidad de erradicar y que cada vez le cuesta más mantener la erradicación, pero que está dispuesto a seguirla manteniendo porque creemos que es el único camino. Pero estamos juzgando con ustedes cuál es el camino para terminar lo nuestro y emprender lo que en algunos países está todavía en fase de comienzo.

Dr. Frank C. ALEXIS (Grenada): Grenada was declared malaria-free in 1962. Prior to that, every febrile case was considered to be malaria, the disease was so prevalent. In 1957, however, with the help of WHO and PAHO, a program was devised and carried out, and by 1962 Grenada had met the criteria for being considered malaria-free. We found our last case of malaria here in 1959. Then we had a long period of freedom from malaria until about 1972 when we discovered an imported case, but it was recognized early, and corrective action was taken. We had two other imported cases, and in 1977 we discovered yet another case of malaria. Prior to the 1977 case, the parasite involved had been Plasmodium falciparum. The 1977 case was brought to our attention when it was discovered at the hospital in 1978. The doctors had not been alert to malaria as we had not had cases for a long time.

The population inhabiting the malarious area here is roughly about 30,000 of our total population of 110,000. The mosquito vector breeds in the lower coastal swamps.

Immediately upon discovery of the 1977 case, we sought help through our PAHO/WHO Country Representative and from the Caribbean Epidemiology Center. Help from all quarters was very prompt; by May of that year we had started a program aimed at attacking the area specifically. This program involved training of personnel, microscopists, evaluators, and sanitarians, because a lot of personnel that had been trained in malaria had gone to other services. PAHO/WHO sent a consultant in malaria, and later two sanitarians were sent. We were fortunate to have on the spot a sanitarian from the WHO malaria program who had worked in Guyana and Suriname and who is a resident here now. Among them they were able to train local personnel to set up a center for examination of slides prepared by CAREC for training of our personnel.

With these measures, and within a period of three months, the disease had been eradicated to the extent that Dr. Beltrán, in his last report of the situation in the country, considered that it was no longer a threat and that our malaria-free status could be maintained.

As a small island of 110,000 people we have an advantage in that our measures against malaria can be intensified in a small pocket. We do, of course, need technical and material help, which we are getting.

One has to be always careful as long as the vector is present, unless it were possible to eliminate the carrier of malaria. You always run the risk of an imported case or of a case of malaria that remains in the patient for a very long time and that manifests itself in sporadic attacks of fever; the person develops a resistance where he can experience a lot of small attacks without complaining very much. Such a person could always cause a small outbreak.

The main thing is to have ready a team of people who are sensitive to malaria. Our doctors have been alerted, and we have now trained microscopists and sanitarians who are on the watch out for malaria so that we can attack any case as soon as it occurs. There will be periodic examinations of blood slides and so on in the hitherto malarious areas generally and in all our visiting stations. Our stations are usually three miles apart, so that we can have a fairly intensive surveillance system.

In conclusion, the Honorable Minister of Health wishes to put on record his special thanks and appreciation of the technical and material help rendered by PAHO through its Country Representative and also by the Caribbean Epidemiology Center, which helped at all stages of the program. The Minister, on behalf of Grenada, is particularly grateful to Dr. Beltrán, the PAHO/WHO malariologist who came here on at least four occasions during this period and who has spent a great amount of time in the field helping us to build up our program, to end the crisis, to carry out surveillance, and to train personnel. We, of course, need further help in all these respects, and we hope that this will be forthcoming from our international friends at PAHO.

El Dr. GONZALEZ (Panamá): Quiero felicitar y respaldar el informe presentado por el Dr. Palacios, el cual tiene valiosa documentación que nos hace ver cuál es la situación de la malaria en América y podemos informar aquí que, contrariamente a lo que ocurre en la mayor parte del Continente, en Panamá la situación de la malaria ha evolucionado favorablemente en los últimos años. Esto se debe indudablemente al aumento intensivo de actividades en este campo, como también al respaldo financiero que le ha ofrecido al Gobierno el programa de erradicación.

Los casos de malaria durante el año 1977 apenas alcanzaron a 1,000 y en lo que va de este año si acaso llegan a 500 en todo el país. La enfermedad se encuentra focalizada en el área limítrofe con uno de los países vecinos y en la comarca indígena de San Blás. No hemos

tenido serios problemas en cuanto a resistencia a drogas ni a insecticidas y abrigamos la esperanza de que siguiendo con nuestra lucha intensa podremos lograr la erradicación de la enfermedad con lo que estamos haciendo actualmente y lo que podamos incrementar.

El Dr. GUTIERREZ (Cuba): Manifestamos nuestro total acuerdo y reconocimiento por el magnífico informe que nos ha presentado el Dr. Palacios. Estamos totalmente de acuerdo en que la meta final debe ser la erradicación de la malaria. Claro, como señalaba en su intervención el Dr. Bica y después reafirmaba el Dr. Valladares, es sumamente importante que haya una decisión política. Pueden haber más o menos recursos, puede haber personal muy bien calificado, pero si no hay una decisión política es difícil que podamos lograr esta meta final de la erradicación.

Hablamos desde la posición de un país libre de malaria. Cuba fue declarada zona libre de malaria hace algo más de 10 años. En las actividades de lucha malárica recibimos ayuda externa, en especial de la OPS. Como es lógico, por tanto, es nuestro deber poner a disposición de la Organización y de los países de la Región esta pequeña experiencia de Cuba en las actividades de lucha antimalárica y los programas de vigilancia epidemiológica.

El Dr. EGAS CEVALLOS (Ecuador): Señalamos que a través de las diferentes intervenciones profundamente técnicas, profundamente sentidas de todas las personas que aquí han participado, se pueden destacar elementos fundamentales.

Se dice con razón que hace falta una decisión política, oradores tan distinguidos como el Dr. Bica o el Dr. Valladares y con profunda experiencia nos lo han hecho notar. ¿Qué más dar entonces para incentivar, promover y conseguir esa decisión política de los países, que haya una posición supranacional coordinada y dirigida por la OPS, para que pueda conseguirse esa decisión política? Tenemos, en cierto modo, desde el punto de vista tecnológico, las mejores tecnologías en control sanitario con relación a un problema. Los servicios de la erradicación de la malaria en los diferentes países quizá son los mejor organizados en muchos aspectos con relación al resto de servicios. Se dispone de mejores conocimientos epidemiológicos, se dispone de los mejores recursos, ¿qué hace falta entonces? Hace falta que como dije hace un momento haya la orientación, la decisión de la OPS para que en alguna forma en el año 1979 o el año 1980 después de la reunión que se va a hacer de los servicios de la erradicación de la malaria en México, en marzo, se estudien las mejores estrategias y experiencias de El Salvador, de Venezuela, de Jamaica y todas las diferentes experiencias, para que todos los países, encarrilados en una acción común pero directa, erradiquen la malaria. Tenemos el mecanismo para conseguir esa decisión política de la que se ha hablado.

El Dr. PALACIOS (OSP): No voy a responder país por país porque son 17 intervenciones y no hay tiempo, pero sí voy a intentar referirme a aspectos fundamentales.

Se ha insistido muchísimo en el financiamiento y se ha mencionado insistentemente al UNICEF, así como la reunión de Quito y hoy se ha dicho con mucha claridad que desde que UNICEF dejó de aportar tan valiosa ayuda parece que eso fue uno de los determinantes para el deterioro de los programas. Se ha hecho una pregunta muy directa, ¿qué es lo que ha hecho OPS? En 1975, el Director nos encomendó una misión especial a Santiago de Chile porque existían posibilidades de que UNICEF volviera a ayudar a los programas de malaria y volviera a ayudar en el suministro de drogas, que significa mucho dinero para todos los programas de malaria de las Américas. No hubo posibilidad alguna de convencer a UNICEF, ni técnica ni financieramente, ni siquiera para que considerara una verdad en las Américas: aquellos países donde coincide el empeoramiento de la situación epidemiológica con los escasos recursos necesitan ayuda; esta es, y lo han dicho esta mañana con diferentes palabras, una empresa continental. Posteriormente el Director de la Oficina ha continuado sus gestiones pero son los países los que tienen que hacer peticiones directas a UNICEF o a otras instituciones. No es la OPS que tiene que firmar convenios o pedir financiamiento para este o aquel determinado país. Esto es fundamental, y se relaciona también con el financiamiento de los fondos que la OPS tiene para el programa de malaria.

Son los países los que deciden el financiamiento de los fondos de la OPS destinados a los programas, en este caso destinados al programa de la malaria. Son los Cuerpos Directivos, yo no sé si habría necesidad de que las resoluciones fueran más específicas, y son las autoridades nacionales con los representantes de los países los que definen esas distribuciones de fondos. No es la Sede, por lo menos ahora, la que define adónde, a qué país o a qué programa se van a destinar los fondos. Esto es fundamental, y esto estaría incluido dentro también de la decisión política.

Se nos ha preguntado qué ha hecho la OPS, por ejemplo, con el BID. Desde 1975 se ha intentado insistentemente que el BID abriera las puertas a los programas de malaria. Y las abrió, y se iniciaron gestiones. Un ejemplo típico también es el Banco Centroamericano de Desarrollo, que estaba dispuesto a ayudar sustancialmente a los programas de malaria de Centroamérica. El BID puso condiciones epidemiológicas, no condiciones políticas: les ayudamos si ustedes entran en la lucha contra la malaria, todos juntos; entonces no hubo decisión política conjunta, el BID no pudo ayudar y la OPS actuó a todos los niveles, como no se pueden imaginar. Pero no hubo decisión política, epidemiológica. Me decía el Director del Banco de Desarrollo de Centroamérica, ¿cómo vamos a ayudar a un país si el otro país no va a hacer nada? Esto es muy importante, hasta una institución como el BID pone una condición epidemiológica primero, después no sé si pondrá condiciones políticas, pero lo importante es que pone una condición epidemiológica. Por falta de decisión política conjunta no se pudo obtener financiamiento. Actualmente hay un país, lo podemos nombrar, Colombia, que ha preparado un magnífico documento (con colaboración de la OPS) que es ejemplo de solicitud de préstamo al BID. Esas son cosas que saben ustedes mejor que yo. Esta ha sido una experiencia incalculable, porque han sido gestiones que se han hecho con personal del Banco, y es una experiencia adquirida por un gobierno y también por la Organización, que después puede extenderse al comunicarse a los demás países.

Se habla de intensificar la investigación. Dijimos en nuestra presentación que en diciembre de 1977 la Organización envió a todos los países una orientación completa de cómo pueden justificar solicitudes de ayuda financiera al Programa Especial de la OMS de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales. Hasta ahora no se ha recibido ni un solo documento de respuesta, incluso diciéndoles como pueden obtener financiamiento para sus problemas. Esta es una oportunidad, aquí que están todos los representantes de los países; que se pongan en contacto urgente con los directores de los programas de malaria y que resuciten, si es que fue archivada, esa circular. Eso es importante, y repetimos lo que dijimos en esta presentación, es urgente que los programas hagan sus propias investigaciones. En cooperación técnica, si la OPS tiene especialista, lo lógico es que la OPS, como es su obligación, ayude también. Pero son los países los que tienen que estudiar su propio problema, son los países los que tienen que decidir qué es y para qué son los fondos que van a solicitar. Y este programa nuevo, ustedes lo saben, está manejando ya fondos y está esperando solicitudes.

Se ha hecho mención de las vacunas, a mí no me gusta hablar de la vacuna antimalárica, pero podemos dar una idea actualizada. Si antes se esperaba que en 20 años o más esto fuera un hecho, es probable que con los descubrimientos del Dr. William Trager, en la Universidad de Nueva York, el tiempo haya quedado en cinco, seis, ocho años más o menos, porque ha conseguido la reproducción continua de falciparum en eritrocitos humanos in vitro. Creemos que este es un descubrimiento sensacional y lo comunicaron en 1976 a la OPS y la OMS. Pero cuando la vacuna sea una realidad probablemente no será la solución al problema.

Hay un país que se ha lanzado a una experiencia, creemos que importante, en la participación de la comunidad, incluyendo el diagnóstico, incluyendo las medidas de ataque, incluyendo una serie de cosas. Ojalá este país acelere su estudio y pueda presentar cuanto antes sus resultados porque en malaria, donde presumimos tanto de que la comunidad ha participado, hay casos estupendos como los colaboradores voluntarios. Necesitamos muchas más experiencias, por eso es urgente también la participación de la comunidad en la atención primaria porque al fin y al cabo la malaria es un problema de salud pública. En cuanto al adies-

tramiento, hemos insistido muchísimo en que no puede haber cambio si no existe un componente de enseñanza. No se puede cambiar con los mismos conocimientos, no puede haber cambios con el mismo trabajo de rutina. La OPS, desde 1975, ha realizado esfuerzos, incluso el Director ha dedicado fondos y ha hecho esfuerzos grandes en este campo del adiestramiento.

Lo más importante es que están abiertas las puertas para el financiamiento de un programa continental. Se intenta formar instructores en tres años y después son los propios países los que tendrán que solucionar los problemas de adiestramiento. No es la OPS ni es una escuela de salud pública determinada la que va a solucionar todos los problemas de reorientación.

En cuanto al programa de vigilancia epidemiológica, la OPS también muy en breve enviará a todos los países una guía, bastante completa, sobre este asunto; la Secretaría de la OPS se inspiró en la experiencia de los países, pero pensando en el Caribe, porque el Caribe, tiene potencial malarígeno; un ejemplo ha sido el último brote en Grenada. Con muy pocos medios, descubre el problema y lo liquida. Entonces les retribuimos el agradecimiento expresado por el Delegado de Grenada y felicitamos al Gobierno porque solo con la ayuda de la OPS no hubiera solucionado el problema.

Se habló de la falta de información en el Caribe. Nosotros pensamos que CAREC tiene un boletín que está mejorando cada día, en el que viene también la información periódica, suponemos que oportuna, de malaria.

Hay dos o tres países que tienen problemas muy serios con resistencia y en los que sin lugar a duda hay una relación directa entre la extensión e intensidad de la resistencia del vector a los insecticidas y el empeoramiento de la situación. A pesar de esto hay un país que ha conseguido reducir a menos de la mitad el número de casos. Este país se ha puesto a diversificar con sus pocos recursos, a diversificar las actividades, está consiguiendo mejoras y la tendencia continúa siendo favorable.

Pero los otros países, en este caso de la América Central, tienen que hacer lo mismo. Yo diría y podría poner ejemplos con nombres, incluso en áreas difíciles. Voy a mencionar el Amazonas, voy a mencionar áreas difíciles de Colombia, zonas del Brasil, se han realizado estudios epidemiológicos con un poco más de profundidad y hasta en el Amazonas han conseguido reducir la aplicación de insecticidas. En Colombia han hecho estudios con orientación ecológica y tienen una excelente clasificación de áreas que sería el primer paso para posibilidades de selección de métodos. El camino está iniciado para la erradicación a corto plazo en algunas áreas y en otras áreas a largo plazo.

Un delegado habló de que se pone poco énfasis en la conducta de vectores. Estamos totalmente de acuerdo con él. Ha sido muy difícil estos años para la Oficina conseguir candidatos para entomólogos en la gran mayoría de los países. La OPS organizó un curso de entomología para tener en relativamente poco tiempo profesionales universitarios responsables de las actividades de entomología, y así se ha conseguido a duras penas que haya aficionados, porque aunque sea universitario no se puede preparar a un entomólogo en cuatro o cinco meses. Existen dificultades pero son dificultades, no de la Organización sino a nivel de país, que no ayudan a la Organización a cumplir su misión. Es muy difícil conseguir candidatos. Ojalá que de inmediato en los países seleccionaran biólogos. Puede ser otro profesional, pero fundamentalmente biólogos, y entonces la OPS puede ofrecer un buen curso para formar entomólogos. Pero otra vez son los países. Hemos insistido en circulares, hemos insistido con los representantes de la OPS, y la respuesta ha sido del todo insuficiente. Estamos de acuerdo en que hoy existen problemas técnicos muy importantes relacionados con el vector.

Se ha hablado de un asunto importantísimo y es que la gente en los programas de malaria maneja sustancias tóxicas. Sobre todo ahora, con el cambio de insecticidas que no tenían prácticamente ningún peligro de toxicidad, por otros fosforados, etc. La Organización también ha organizado cursos especiales, ha hecho uno no hace mucho en América Central, donde

incluso ha distribuido equipos especiales para todos los países, pero el problema mayor no es de los programas de malaria. El problema mayor, como causa de defunción, muchas más defunciones posiblemente de lo que se sabe, de lo que la estadística dice, es la utilización de los insecticidas agrícolas. Todavía no hemos visto el menor detalle de coordinación de los Ministerios de Salud con los Ministerios de Agricultura para iniciar algún control del problema. Se insiste mucho en los insecticidas para después hablar de control biológico. El control biológico en los programas de malaria está todavía un poco lejos. Eso es un problema científico. No está cerca. Habrá que seguir usando insecticidas. Pero insecticidas en forma selectiva. En general, en las Américas, para tranquilidad de los ecólogos, ha disminuido la utilización de insecticidas en los programas de malaria, en los que nunca representaron más del 12 o el 15% de todo lo que se utiliza en el mundo, incluyendo otros programas de salud, no solo programas de malaria. Esta disminución suponemos que va a continuar por razones epidemiológicas, por interrupción de la transmisión, por resistencia y algunas veces, como está ocurriendo hoy, por financiamiento.

Se habló también de que ya es hora de que exista coordinación entre los diferentes programas de las enfermedades transmitidas por vectores. En la nueva política de la OPS que es la orientación que dan los Cuerpos Directivos y en la nueva estructura de OPS, así quedó organizado. Ya no es exclusivamente malaria sino la enfermedad de Chagas, esquistosomiasis, etc. Eso que sale de los Gobiernos podría volver a los Gobiernos de acuerdo con el comentario que esta mañana nos hicieron, para ir a nivel de Ministerio pensando en una unidad ya importante de control de vectores, por ejemplo.

Se habló de la importancia de seleccionar áreas en las Américas, para poner todo lo que hay que poner al estilo de proyecto piloto en una área pequeña. En la circular que mencioné anteriormente está muy clara la necesidad de que ciertos países, que tienen áreas problema muy bien conocidas y muy definidas, son los que de inmediato debieran escribir sus conocimientos y mandarlos a la OPS, para el Programa de la OMS de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales. Estas reuniones, repito, también deben ser para recordar a los delegados que hay cosas pendientes en los países, muy importantes para ellos, y una de ellas es que es urgente que los programas hagan sus propias investigaciones. Les están ofreciendo ayuda, entonces lo menos que deben hacer es justificarla y pedirla.

Se habló mucho de la relación de la decisión política con el financiamiento. Claro que no puede haber, muchas veces no habrá decisión política porque no hay fondos, entonces queda, o seguirá quedando en el papel, pero con los recursos que hay en los programas de malaria se pueden hacer muchas cosas, sin querer otra vez recuperar el concepto de cobertura total, etc., el control supone una exigencia técnica mucho más intensa que la erradicación, entonces ya es el momento en que empiecen a pensar que los recursos que tienen deben utilizarlos mejor y con un mejor conocimiento epidemiológico y económico. Hay que trabajar más y mejor y hay que destinar los fondos a aquellas áreas donde económicamente son más importantes. Creo que he contestado los aspectos más importantes. Posiblemente será mi última intervención en reuniones de este tipo. Les agradezco muchísimo lo amables que fueron en el Comité Ejecutivo y lo amables que han sido conmigo en esta reunión.

El Dr. ACUÑA (Director): Desgraciadamente no estuve en las discusiones de ustedes sobre el tema pero creo que la fogosidad, el dinamismo y la elocuencia del Dr. Palacios ha resumido en pocas palabras el meollo de las discusiones y presentaciones que ustedes han hecho en el curso de la mañana. Yo quisiera únicamente referirme al punto del financiamiento de los programas nacionales de malaria y a las referencias que se han hecho al UNICEF y al Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, como dos de las más importantes fuentes de financiamiento disponibles para los países.

En el primer caso, sería conveniente que los Gobiernos que tienen representación ante la Junta Ejecutiva del UNICEF tomaran en cuenta que la política del UNICEF respecto a estas aportaciones a los programas de erradicación o control de paludismo está precisamente dictada por ese alto cuerpo directivo del UNICEF. Yo quisiera hacer un llamamiento a aquellos

países aquí representados y que están representados también ante la Junta Ejecutiva del UNICEF, para que hagan lo posible para que UNICEF vuelva a considerar la importancia de financiar los programas de malaria. Independientemente de esta gestión a ese alto nivel de gobierno en cuerpos directivos de UNICEF, obviamente la segunda gestión es la que ustedes hagan directamente al más alto nivel de sus Gobiernos con los representantes del UNICEF. Reconocemos también que el campo de acción del UNICEF se ha extendido en forma extraordinaria para abarcar otros sectores como educación y agricultura, por hablar de dos nada más que requieren también de la aportación del UNICEF. De ahí que estemos frente a un elemento esencialmente de decisión política de sus propios Gobiernos. Primero para influir ante la Junta Ejecutiva del UNICEF para que vuelva el UNICEF a darle la importancia que requiere a la malaria y segundo las gestiones de ustedes ante los altos organismos de decisión política en sus propios Gobiernos para que consideren los programas de erradicación de paludismo dentro de la gama de necesidades que tienen los Gobiernos al utilizar los fondos que pone a su disposición el UNICEF.

Quisiera también mencionar que obviamente existen otras fuentes de financiamiento como el Banco Interamericano de Desarrollo, el Banco Centroamericano, el Banco del Caribe y las agencias bilaterales que también están dispuestas, y que de hecho participan financiando algunos programas en forma efectiva. La OSP está a su disposición para colaborar con ustedes en esas gestiones, pero hasta ese punto exclusivamente. Nosotros no podemos hacer gestiones ante estos organismos de crédito u organismos de financiamiento, si no es que contamos con una amplia y decidida colaboración de ustedes para que nosotros podamos ser efectivos. El presupuesto de la OSP, naturalmente restringido en el campo de malaria, no podrá crecer en este campo a menos que hayan también aportaciones extraordinarias para materiales, equipos, gastos de salarios y otras prestaciones al personal, que no es la función de OSP, pero que con gusto esta ha colaborado dentro de sus muy escasas posibilidades también en ese aspecto. La función de la OPS es meramente de cooperación técnica. Crecerá nuestro presupuesto a medida que crezcan las aportaciones de sus propios Gobiernos y las aportaciones de otros organismos de financiamiento. En esa forma nosotros encontramos también justificado incrementar los gastos nuestros. Yo creo que no hay un solo caso en donde se nos haya pedido colaboración técnica en el campo de la malaria que no hayamos acudido prontamente. No hay un solo caso de decisión de estos Cuerpos Directivos de la Organización, en que nos pidan que hagamos tal o cual gestión y que nosotros no estemos en posición de hacerlo con los recursos disponibles, incrementándolos si fuera necesario, para hacer frente a sus decisiones. Hablo de la necesidad de un esfuerzo extraordinario conjunto entre sus Gobiernos y su Organización. En este campo nosotros estamos más que dispuestos a hacer todo lo posible para que ustedes tengan el financiamiento y la orientación técnica de sus programas de erradicación o de control de malaria. Con este llamamiento de que hagan ustedes lo posible en sus propias esferas con sus propios Gobiernos, nosotros prometemos también apoyar esas gestiones y las decisiones que aquí, como Gobiernos, tomen al respecto.

EL PRESIDENTE: Agradezco al Dr. Palacios todo lo que ha aportado durante toda su vida a los diferentes países a quienes ha tenido el gusto de servir, y como sabemos que se retira definitivamente le agradecemos todo el bien que ha hecho. Siga usted tranquilo del bien que hizo para todos los países a quienes sirvió, repito, y la historia lo juzgará como un hombre de bien hacia todos los países y a los pueblos a quienes sirvió.

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

SECOND SESSION
SEGUNDA SESION

Thursday, 28 September 1978, at 3:00 p.m.
Jueves, 28 de septiembre de 1978, a las 3:00 p.m.

Chairman:
Presidente:

Dr. Roquelino Recinos

(Guatemala)

El PRESIDENTE: Cúmpleme informar que, por razones de importancia, la Comisión General decidió que hoy en la tarde se alterara el orden del día y que se discutiera primero el tema 29: "Extensión de los servicios de salud a la población subatendida de las zonas rurales y urbanas", que será presentado por el Dr. Barrenechea de la División de Servicios de Salud de la OPS.

Tiene la palabra el Representante de Cuba.

El Dr. GUTIERREZ (Cuba): Mi Delegación lamenta que la Comisión General haya tomado ese acuerdo y que nosotros no hayamos tenido noticias de ese cambio para traer la documentación pertinente. Sentimos que en el examen de un tema tan importante como este no podremos participar adecuadamente, pues no tenemos a mano la información pertinente.

No tenemos ninguna proposición que hacer; solo deseamos expresar nuestra preocupación sobre el asunto.

El PRESIDENTE: Deseo señalar al Dr. Gutiérrez que un miembro de la Delegación de Cuba participó en la sesión de la Comisión General en que se tomó la decisión de que ha dado cuenta. Pero como se ha suscitado un problema, podríamos hacer un receso a fin de dar oportunidad al Delegado de Cuba para que obtenga la documentación que necesita.

El Dr. MICHELSEN (Colombia): Estoy completamente de acuerdo con el Delegado de Cuba, pues yo tampoco fui informado con antelación de lo decidido por la Comisión General.

El PRESIDENTE: La reunión de la Comisión General terminó hace apenas unos minutos, por eso no hubo tiempo de informar anteriormente de su decisión, pero hubo una razón justificada para ella.

El Dr. EGAS CEVALLOS (Ecuador): Es de lamentar que la Comisión General decidiera inesperadamente cambiar el orden del programa. Creo que debería establecerse un precedente para que por lo menos haya un lapso de una jornada en la mañana o en la tarde para hacer un cambio de este tipo, para que las delegaciones estén prevenidas.

El tema 29 resulta de una gran prioridad por lo que en su examen deben participar las delegaciones de todos los países.

Dr. MOODY (Jamaica): I would like to support the objections to a change in the order of the agenda. There are many delegations who would like to be involved in the discussions on coverage in underserved areas who have not been informed and consequently did not come to this meeting. They should be given the opportunity to participate in these discussions and, therefore, I would like to support the proposal that we do not change the agenda.

Dr. KEY (United Kingdom): I would like to support the remarks that have been made, as I am in a similar position. The United Kingdom has a contribution to make this afternoon and it will not be able to make it, as we were not informed of the change.

Dr. ALEXIS (Grenada): Grenada would also like to support the sentiments expressed, because we too feel that Item 29 is very important.

Dr. RICHMOND (United States of America): In view of the concerns which have been expressed, I would suggest, even though I am a member of the General Committee, that we perhaps ought to proceed in the order set out in the agenda for this meeting in deference to the various delegations and the opinions they have expressed. I would have just one concern: that we take advantage of the presence of Dr. David Tejada, since he was the staff person chairing the arrangements committee for the Alma Ata Conference; I would hope that we could conduct this discussion while he is still here.

El Dr. TEJADA (Subdirector General, OMS): Agradezco mucho la propuesta de que este tema se examine en el curso de esta semana, con objeto de tener la oportunidad de dar a conocer a los delegados toda la información adicional que deseen con respecto al desarrollo de la Conferencia de Alma Ata y a sus implicaciones futuras, y a la responsabilidad que representa para todos los países el traducir las recomendaciones de la misma en acción.

Sin embargo, yo concuerdo en que el tema es tan importante que debería requerir no solo el tiempo necesario para tener la documentación a la mano, sino la máxima participación de los delegados. Tengo entendido que también la Delegación de los Estados Unidos de América consideraba la necesidad de poder discutir el tema en esta semana con el fin de que el más alto nivel de las delegaciones de los países pudieran tener oportunidad de estar presentes.

Estimo adecuada la propuesta de suspender la reunión por unos minutos de tal manera que los delegados puedan tener a mano la documentación que necesiten y hacer un llamado a todas las delegaciones para que estén presentes.

Dr. MOODY (Jamaica): With due respect to your remarks, Mr. Chairman, and your desire that the discussion take place at the highest level, which I think is very important, I would like to point out that in fact at this time we do not have the Ministers of most of the countries here, and I think it is important for us to have an opportunity to inform our Ministers that the subject is coming up. I know my Minister had wanted to be here for this subject, but he is occupied elsewhere.

Dr. RICHMOND (United States of America): An alternative is that we take up this discussion immediately after the recess; that will give us ample time to assemble the appropriate people and documents.

Dr. COSTA (Brasil): Claro que este é um dos assuntos que, ao figurar na agenda desta reunião, passou a interessar a todos os países. É assunto que está na ordem do dia, acaba de ser discutido, consta em ata, mas já vem sendo discutido há anos, em reuniões anteriores e pareceria ser anti-econômico do ponto de vista intelectual que essa discussão fosse feita exatamente na ausência das representações mais altas na hierarquia de saúde dos países das Américas. Muitos dos Senhores Ministros ainda estão participando da reunião plenária que se está realizando neste momento na Cúpula. Outros devem ter algum assunto urgente que foram obrigados a espremer neste momento porquanto esperavam que este assunto não fosse tratado no início desta reunião. E é certo que o Comitê Geral tem todo o direito de fazer as mudanças que queira e entenda, dando ciência das mudanças que faça aos Representantes na Conferência. É certo que o Comitê, ao tomar esta decisão, não exorbitou a sua esfera de competência e atuou dentro do regulamento. Mas talvez seja uma maneira de não dar à discussão do assunto relevo que ela deve ter o fato de fazer com que essa discussão se realize com essa modificação no cronograma ou mesmo simplesmente com receso de 15 minutos, o que não vai mudar a situação nem a composição desta reunião, a menos que isso implique suspender a reunião que no momento está sendo realizada na Cúpula. Muito obrigado, Senhor Presidente.

El Dr. GUTIERREZ (Cuba): Voy a insistir en el hecho de que un tema tan importante como el de la extensión de los servicios primarios de salud no se discuta en la tarde de hoy. Quiero que esto no se interprete como una actitud caprichosa sino que se debe a la importancia que le concedemos a un asunto que ha sido ampliamente debatido y analizado y que se ha llevado a una conferencia mundial.

Por otro lado, si se posterga su examen para una fecha posterior al día de hoy perderíamos la oportunidad de contar con la valiosa participación del Dr. Tejada, quien estuvo en el propio centro de la actividad en la Conferencia de Alma Ata y su opinión sería muy valiosa para nosotros.

Me inclino a concordar con la opinión del Delegado de los Estados Unidos de América en cuanto a que después de la pausa del café podríamos obtener la documentación pertinente y tratar el tema con más tiempo.

El Dr. EGAS CEVALLOS (Ecuador): Creo que el Delegado de Cuba apoyó la propuesta del de los Estados Unidos de América en el sentido de que después de la pausa del café se inicie la discusión sobre este tema. Mientras tanto, se podrían discutir otros temas.

El Dr. ALVAREZ GUTIERREZ (México): Estimo que podría hacerse un receso y tratar el tema 20, que no creo que tomará mucho tiempo, porque es una información que dará la Secretaría de la Organización sobre las resoluciones de la 31a Asamblea Mundial de la Salud de interés para el Comité Regional.

El PRESIDENTE: Si no hay objeciones, haremos entonces un receso para llamar al expositor del tema 20, quien está asistiendo a la sesión plenaria.

The session was suspended at 3:20 p.m. and resumed at 4:00 p.m.
Se suspende la sesión a las 3:20 p.m. y se reanuda a las 4:00 p.m.

El PRESIDENTE: Otorgo la palabra al Secretario para que dé cuenta de una información pertinente.

El Dr. DEL CID (Director Adjunto): Tanto el tema 20 como el 21 tienen que ser presentados por el Director, quien asistió a la 31a Asamblea Mundial de la Salud, y como él no puede ausentarse en estos momentos de la sesión plenaria, la Secretaría sugiere que se examinen primero los temas 23 y 28.

El PRESIDENTE: Si los delegados no se oponen a la propuesta, otorgo la palabra al Dr. Acha para que presente el tema 23.

ITEM 23: REPORT ON THE XI INTER-AMERICAN MEETING, AT THE MINISTERIAL LEVEL, ON
FOOT-AND-MOUTH DISEASE AND ZONOSSES CONTROL
TEMA 23: INFORME SOBRE LA XI REUNION INTERAMERICANA, A NIVEL MINISTERIAL, SOBRE EL
CONTROL DE LA FIEBRE AFTOSA Y OTRAS ZONOSIS

El Dr. ACHA (Jefe, División de Control de Enfermedades): En el Documento CSP20/20, que se presenta a la Conferencia, se da cuenta de la XI Reunión Interamericana, a Nivel Ministerial, sobre el Control de la Fiebre Aftosa y Otras Zoonosis, celebrada en la Sede de la OPS, en Washington, D.C., del 11 al 14 de abril de 1978, de acuerdo con la convocatoria hecha por el Director de la OPS, en cumplimiento de la Resolución XIX aprobada por el Consejo Directivo de la OPS en su XVII Reunión.

La Mesa Directiva quedó constituida así: Presidente, Ing. Gustavo Pinto Cohen, Ministro de Agricultura y Cría de Venezuela; Vicepresidentes, Gral. Mario MacKay Jaraquemada, Ministro de Agricultura de Chile, y Sr. Gavin B. Kennard, Ministro de Agricultura de Guyana, y Relator, Dr. Elmer Escobar, Jefe de la División de Alimentos y Zoonosis, Ministerio de Salud de Colombia.

Los siguientes Gobiernos estuvieron representados: Argentina, Bahamas, Barbados, Bolivia, Brasil, Canadá, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Francia, Grenada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Reino de los Países Bajos, República Dominicana, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela. Asistieron también observadores de Australia y de nueve organismos internacionales.

Los informes de los Gobiernos sometidos a la Reunión resumieron las actividades llevadas a cabo durante 1977 y tuvieron un carácter evaluativo en relación con la situación actual del desarrollo de los programas nacionales y el cumplimiento de las recomendaciones y metas de salud animal y salud pública veterinaria establecidas en el Plan Decenal de Salud para las Américas, aprobado por los Ministros de Salud en su III Reunión Especial (Santiago, Chile, 1972).

Como se recordará, las metas de nutrición para la década que fijaron los Ministros de Salud en 1972 consisten en disminuir en los menores de cinco años, en un promedio regional, la desnutrición proteicoenergética de grado III en un 85% y la de grado II en un 30%; las anemias nutricionales en embarazadas en un 30%, y la hipovitaminosis A en un 30%.

Se comprometieron igualmente los Ministros de Salud a controlar y eventualmente a erradicar la fiebre aftosa en la América del Sur, a prevenir la introducción de la enfermedad en los países del área libre y, a la vez, procurar una menor incidencia de las zoonosis más frecuentes, con particular atención a rabia, brucelosis, tuberculosis bovina, hidatidosis y encefalitis equina.

Los Gobiernos Miembros de la OPS han manifestado repetidamente que las relaciones entre agricultura y salud, como ciencias biológicas con profundas consecuencias para la salud, la economía y el bienestar, son muy estrechas. Lo son en cualquier país pero, en particular, en aquellos que tienen una estrategia para el desarrollo basada en una integración de recursos para cumplir determinados propósitos en un período definido. Es el caso de las Américas, en especial de la América Latina y de la región del Caribe.

Agricultura y salud coinciden en objetivos inmediatos y mediatos en el campo de las zoonosis y de otras enfermedades de los animales, que si bien no se transmiten al hombre, disminuyen la disponibilidad de proteínas esenciales y retardan el crecimiento de la economía. Cuando se analizan estos objetivos con criterio biológico se observa que son comunes los principios y métodos para interpretarlos, así como las normas y prácticas para organizar los servicios que deben reducir la incidencia de dichas enfermedades.

Además de los problemas nutricionales y de las zoonosis, sobre todo en lo relacionado con la salud ocupacional en el agro, la importancia de los plaguicidas y sus efectos en la salud humana y animal y en el ambiente es otro tema que preocupa a los Gobiernos del Hemisferio. Los Ministros de Salud y Agricultura han decidido que los especialistas de los dos sectores tendrán que, en acción conjunta, hacer frente a este problema.

Fueron presentados en la XI Reunión a la que nos referimos los proyectos de programa y presupuesto de los Centros Panamericanos de Fiebre Aftosa y de Zoonosis para 1979, los cuales recibieron el decidido apoyo de los representantes después de ser debidamente analizados. Ambos Centros dieron cuenta de la cooperación técnica ofrecida a los países y de otras actividades realizadas durante 1977 y de las proyecciones para 1978 y 1979.

Quedó evidente que, a pesar de las limitaciones presupuestarias, se incrementaron algunas de las actividades de colaboración técnica, especialmente las relacionadas con diagnóstico de enfermedades y vigilancia epidemiológica.

Se llevaron a cabo las actividades de adiestramiento e investigación de los dos Centros en colaboración con los países, a través de los proyectos de salud animal y salud pública veterinaria de la División de Control de Enfermedades, aunque no con la intensidad que se hubiere deseado de acuerdo con las necesidades y demandas de los países, debido a restricciones financieras.

Los representantes manifestaron que es preciso respaldar estas actividades mediante la adición de recursos de organizaciones internacionales o nacionales de crédito. Indicaron que apoyarán plenamente cualquier medida que la OPS tome para obtener los fondos que se precisan para que los Centros puedan prestar la cooperación técnica requerida por los países. Hicieron particular referencia al proyecto de capacitación y a la transferencia de tecnología para la producción y uso de vacuna de coadyuvante oleoso contra la fiebre aftosa que la OPS presentaría oportunamente al BID.

Las Resoluciones VI y XVI, aprobadas durante la Reunión, reflejan el pensamiento de los Ministros de Agricultura del Hemisferio, y en ellas se recomienda a la XX Conferencia Sanitaria Panamericana que se considere favorablemente la aprobación de dichos proyectos tal como fueron presentados.

En la Reunión se celebraron dos paneles en relación con la nutrición del hombre, la fiebre aftosa y la comercialización de animales y productos de origen animal en el Hemisferio.

En el panel sobre excedentes y déficits a nivel hemisférico de carnes y productos de origen animal y sus implicaciones en la nutrición humana y el desarrollo industrial, se analizaron los siguientes temas: Situación actual y perspectivas futuras del consumo de carnes rojas, leche y productos lácteos en la Región de las Américas; y limitaciones de carácter sanitario en el Continente para la comercialización de carnes rojas, leche y productos lácteos, lanas, pieles y semen de ganado bovino.

En el panel sobre política de comercialización de animales y productos de origen animal en relación con la fiebre aftosa, se trataron los temas: países y áreas libres de fiebre aftosa: requisitos y condiciones; aspectos técnicos por considerar en la legislación de la comercialización de productos de origen animal entre países libres y afectados de fiebre aftosa; situación actual de los sistemas cuarentenarios en el Hemisferio; tecnología de alimentos y productos de origen animal y eliminación de contaminaciones con virus de fiebre aftosa, y evolución en la política de acceso a los mercados de carne en el Hemisferio.

Fueron igualmente presentados temas sobre la vigilancia epidemiológica de la rabia, las encefalitis equinas y las enfermedades vesiculares en las Américas; programa de investigación del Centro Panamericano de Fiebre Aftosa; proyecto del establecimiento del Sistema Interamericano de Laboratorios de Diagnóstico de Enfermedades de los Animales; Fondo Especial para Investigación en Salud Animal, y el informe de la V Reunión Ordinaria de la Comisión Sudamericana de la Lucha contra la Fiebre Aftosa.

Además de las resoluciones referentes a la aprobación de los programas y presupuestos de los Centros Panamericanos de Fiebre Aftosa y Zoonosis, fueron aprobadas otras 19 resoluciones relacionadas con: expresión de reconocimiento a la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional; contribución del BID a los programas de salud animal en las Américas; colaboración del PNUD para proyectos de salud animal y salud pública veterinaria; capacitación en vigilancia epidemiológica de las enfermedades de los animales, y con otros temas tratados en la reunión.

Durante esta Reunión tuvo lugar la ceremonia de firma de un acuerdo para la celebración en Buenos Aires, en noviembre de 1978, de la Reunión Hemisférica sobre Fiebre Aftosa y

Comercio Internacional de Animales y Productos de Origen Animal, entre el Gobierno de la Argentina, la Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos y la OPS. Firmaron el acuerdo el Embajador de la Argentina ante la OEA, Dr. Julio C. Carasales; el Secretario General de la OEA, Sr. Alejandro Orfila, y el Director de la OPS, Dr. Héctor R. Acuña.

La OEA y la OPS realizarán esta conferencia de alto nivel por mandato de la Resolución XII adoptada en la IX Reunión, a Nivel Ministerial, sobre el Control de la Fiebre Aftosa y Otras Zoonosis (Caracas, 1976).

El Dr. Acuña, el Sr. Orfila y el Dr. Carasales destacaron la importancia de la reunión para el desarrollo socioeconómico y la solución de problemas como el de la inseguridad e inestabilidad del comercio internacional de productos de origen animal y el de las necesidades nutricionales, cuyas graves consecuencias para la población del Hemisferio son bien conocidas.

El Documento CSP20/20 contiene la resolución sobre este tema aprobada por el Comité Ejecutivo en su 80a Reunión, así como un proyecto de resolución que se somete a la consideración de la Conferencia.

El PRESIDENTE: Muchas gracias, Dr. Acha. Se somete a la consideración de los delegados el informe presentado.

El Dr. CHIRIBOGA (Estados Unidos de América): Queremos felicitar a la Organización por la presentación del informe sobre fiebre aftosa y control de las zoonosis; sin embargo, deseamos poner de manifiesto algunos puntos que creemos son de importancia. Primero, el del formato del informe de la Reunión Interamericana, tal como está presentado, no deja lugar para la discusión sobre los diferentes temas. En el futuro deberían presentarse muchos más datos evaluativos de las actividades y no ser simplemente un proceso enumerativo. En años recientes los temas tratados en las reuniones han sido en su gran mayoría limitados a la fiebre aftosa y a las repercusiones económicas de esta enfermedad. Las zoonosis de gran importancia para el Continente, como rabia, brucelosis, tuberculosis bovina, quiste hidatídico y otras de menos importancia como la leptospirosis, por ejemplo, han sido descuidadas. Nuestra Delegación piensa que este desbalance podría ser corregido.

Estamos de acuerdo en el apoyo que la OPS debe darle a RICAZ, pero no debemos olvidar que nuestro esfuerzo debe centrarse no en la salud animal per se sino en el impacto negativo que tienen las enfermedades de los animales sobre la salud humana.

En relación con el Centro Panamericano de Zoonosis y su importancia para la Región de las Américas, quisiéramos que al evaluar su labor tuviéramos en mente que el Centro es uno de los más importantes programas en la Región, y desde el punto de vista costo-beneficio, quizá uno de los más efectivos, y que las zoonosis tienen un impacto directo e importante sobre la salud humana, sin olvidar que no son problemas meramente agronómicos. Este Centro es una importante rueda dentro del mecanismo de prevención de enfermedades en la Región, por su influencia en muchos aspectos como información epidemiológica, investigación y capacitación técnica.

Dr. BICA (BRASIL): Eu desejava, em primeiro lugar, felicitar o Dr. Acha pela sua excelente exposição e, ao mesmo tempo, destacar o excelente trabalho que vem realizando estes dois centros há muitos anos.

Antes de afirmar mais uma vez aqui o que já foi feito no Comitê Executivo--e provavelmente deve estar sendo feito pelo nosso Ministro durante a discussão sobre o orçamento anual da Repartição--o Brasil é de opinião que o Centro de Zoonoses e Febre Aftosa, embora tenha recebido do nosso Governo todo o apoio possível, é mais um problema que deve estar sob a jurisdição do Ministério da Agricultura. É realmente um problema de saúde animal e um problema econômico para os países. E embora em alguns países o dinheiro seja dado pelo Mi-

nistério da Agricultura, em muitos outros figura no orçamento da Organização Pan-Americana da Saúde. Além disso, a administração evidentemente custa caro, no que diz respeito à atenção a ser dispensada pelo Estado. Eu posso falar, porque durante 20 anos, ou quase 20 anos, esses centros estiveram sob a responsabilidade do Departamento de Doenças Transmissíveis, que eu tive a honra de chefiar durante 20 anos. E esse é exatamente o tempo que consome. Trata-se realmente de uma despesa muito importante e creio que devemos começar a pensar na possibilidade de transferir este projeto a uma outra instituição.

Evidentemente isso terá que ser feito com muito cuidado, lentamente para não danificar ou prejudicar o Centro que vem realmente fazendo um excelente trabalho no que se refere à sua especialidade.

El PRESIDENTE: Si no hay ninguna otra intervención, otorgo la palabra al Dr. Acha.

El Dr. ACHA (Jefe, División de Control de Enfermedades): En relación con los comentarios hechos por el Delegado de los Estados Unidos de América, yo entiendo perfectamente que la presentación de este informe no es una descripción clara de los programas que tienen los países en este momento en las actividades de control de zoonosis, ni se refiere específicamente a los programas que la propia Organización tiene en este campo. Este informe se presenta única y exclusivamente para cumplir el mandato del Consejo Directivo de la OPS en 1967.

Deseo hacer recordar que el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa fue establecido en 1951 como un proyecto financiado por el Programa de Cooperación Técnica de la OEA, y se encargó a la OSP su administración y supervisión técnica. En 1966 el Consejo de la OEA resolvió suprimir el financiamiento del Centro, pidiendo a la Organización que lo incorporara dentro de sus programas, con un financiamiento total del sector agrícola. En 1967 el Consejo Directivo de la OPS decidió incorporar el Centro dentro de sus programas y aprobó una resolución por la que se estableció que se presentara un informe anual y se convocara a una reunión anual de los Ministros de Agricultura o sus representantes para dar oportunidad al sector agricultura, que era quien financiaba el Centro, de expresar sus puntos de vista sobre un programa que tendría una acción directa sobre sus labores.

Por ese motivo durante los últimos 11 años, en el Consejo o en la Conferencia se presenta el informe de estas Reuniones Interamericanas a fin de rendir cuenta a los Cuerpos Directivos sobre lo acontecido en las reuniones que se celebran por mandato de ellos.

Las Reuniones Interamericanas sobre el Control de la Fiebre Aftosa y Otras Zoonosis tuvieron como propósito fundamental revisar el programa y presupuesto del Centro Panamericano de Fiebre Aftosa. Hace unos ocho años se decidió incorporar el examen del presupuesto del Centro Panamericano de Zoonosis, puesto que dicho Centro también pasó en dicho año a recibir aportes del sector agricultura directamente. Ante esa circunstancia, ambos presupuestos están incorporados en el documento que se presenta a la Conferencia. Además estos Centros, a su vez, tendrán que ser revisados por la Conferencia cuando se examine el tema del programa y presupuesto de la Organización, figurando uno como el AMRO-3300 y el otro como el AMRO-3200.

Los informes que se presentan a los Cuerpos Directivos sobre las mencionadas Reuniones no tratan de someter información sobre la situación actual del estado de las zoonosis o sobre los programas de investigación y de control que se están realizando en la Región, sino que consisten en una presentación en que se da cuenta de la Reunión anual correspondiente, para cumplir con el mandato del Consejo.

Estoy de acuerdo con el Dr. Chiriboga en que quizás en alguna reunión del Consejo o de la Conferencia en el futuro se pudieran tratar temas relacionados con las zoonosis, los cuales, indudablemente, son de gran interés en nuestra Región, desde el punto de vista de la salud, del impacto en la salud del hombre, no solo como enfermedades sino también porque disminuyen los nutrientes para el hombre.

Agradezco al Dr. Bica sus palabras, y considero que el planteamiento que ha hecho, se refiere especialmente a lo que acabo de expresar anteriormente sobre la situación del Centro Panamericano de Fiebre Aftosa como parte del Programa de la OPS. Repito que este Centro--y el Dr. Bica lo sabe mejor que yo porque él era mi jefe en esa época--se estableció con fondos de la OEA pero siempre ha sido administrado, durante sus 27 años de existencia, por la Organización.

Si los Cuerpos Directivos deciden, en algún momento, su transferencia a otro organismo o agencia más relacionada con el sector agrícola, esta transferencia deberá hacerse en una forma gradual, de manera que los países y los organismos que actualmente lo financian no sufran el impacto de esa medida.

El Dr. Bica manifestaba que este programa es pagado por el sector agricultura en algunos casos. Yo quiero señalar que la mencionada resolución expresamente dice que los fondos provienen del organismo de agricultura. Lo que ocurre en algunos países, es que las cuotas internacionales son pagadas por una sola institución, a veces el Ministerio de Relaciones Exteriores u otro organismo, pero en muchos países las cuotas son pagadas directamente por los propios Ministerios de Agricultura. Esto ocurre igualmente con el Centro de Zoonosis, en lo que respecta a la ampliación del proyecto del PNUD, en el cual este Centro también recibe fondos, en una proporción de EUA\$500,000, por parte del sector agricultura.

Se trata de una decisión que quizás decidan tomar los Cuerpos Directivos en algún momento en relación con los Centros.

Dr. BICA (Brasil): Na opinião da Delegação brasileira evidentemente essa passagem tem que ser feita com muito cuidado e muito lentamente. Mas é preciso começarmos a pensar. Vem o dinheiro da Agricultura ou não? Na realidade nós administramos. É muito mais cómodo para o Ministério da Agricultura entregar-nos o dinheiro e nós temos que administrar os programas e eles se liberam de toda essa parte. A Repartição em um daqueles documentos propõe que se cobre a cada grant de overhead cerca de 31%, porque é o quanto custa. E quanto custa a administração desses dois centros a Repartição Sanitária Pan-Americana? Muito dinheiro. O que eu quero deixar aqui bem claro é que o Centro de Zoonose está perfeitamente localizado no âmbito da Organização Sanitária Pan-Americana. Isso não tem a menor dúvida. O que eu não compreendo é que como a febre aftosa, doença que deve ter atacado no mundo uns 40 casos ou mais e não mata, vem a constituir um problema importante para a nutrição de nosso país. Não o é porque nem todo mundo come carne. Muito poucos comem carne. Em meu país pelo menos é assim, mas pode ser que em outros países a cota de carne seja muito grande.

A idéia da Delegação do Brasil é que comecemos a pensar neste assunto. Como diz um velho provérbio chinês, que eu repito aqui: uma viagem de 1.000 milhas começa com o primeiro passo. Vamos dar este primeiro passo. Comecemos a pensar e ver a quem podemos dar este presente. Obrigado.

El PRESIDENTE: Ruego a la Relatora que tome nota de las sugerencias expresadas aquí por las Delegaciones de los Estados Unidos de América y del Brasil a fin de trasladarlas al pleno.

En estos momentos podríamos hacer un receso para el café, aunque, si los delegados así lo prefieren no se hace receso y se examina seguidamente el próximo tema.

El Dr. IRAN CAMPO (Argentina): Sugiero que continuemos la sesión.

El PRESIDENTE: Si no hay objeciones, pasaremos a examinar el tema 28.

ITEM 28: MECHANISMS FOR THE ESTABLISHMENT OF OFFICIAL RELATIONS BETWEEN PAHO AND NONGOVERNMENTAL ORGANIZATIONS

TEMA 28: MECANISMOS PARA EL ESTABLECIMIENTO DE RELACIONES OFICIALES DE LA OPS CON ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES

El Dr. SALAZAR (OSP): El Documento CSP20/22 se refiere al tema que voy a presentar.

En cumplimiento de la Resolución V de la XXV Reunión del Consejo Directivo, sobre este tema, el Director de la OSP presentó al Comité Ejecutivo de la OPS, en su 80a Reunión, un anteproyecto de reglamento especial para el establecimiento de relaciones oficiales con las organizaciones interamericanas no gubernamentales (Documento CE80/14).

El Comité tomó nota del documento y después de considerar debidamente la materia presentada, aprobó una resolución por la que se solicitó al Director que presentara el documento a la XX Conferencia Sanitaria Panamericana para que esta adoptara las medidas pertinentes y que incluyera en el documento las modificaciones propuestas por varios miembros del Comité. En el documento (págs. 2-3) se encuentran los antecedentes que llevaron a la presentación del mismo al Comité y a esta Conferencia. Además, se transcribe la Resolución XXVIII aprobada por la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana, adoptando los criterios o normas generales para el establecimiento de relaciones oficiales con organizaciones no gubernamentales.

Esto quiere decir que el criterio estaba establecido, pero ni la Conferencia en ese entonces ni posteriormente, adoptó los procedimientos necesarios para el establecimiento de esas relaciones, ni tampoco se señalaron los privilegios que tal relación concede a las organizaciones no gubernamentales.

Debo aclarar también que se refiere a organizaciones no gubernamentales interamericanas, y no a las organizaciones no gubernamentales reconocidas por la OMS, las cuales, de hecho, son reconocidas obviamente por sus Comités Regionales.

También se señala el procedimiento a seguir (págs. 4-5) en el examen de las solicitudes que se presentan por parte de organizaciones interamericanas no gubernamentales.

En la página 6 se definen los privilegios que les confiere el establecimiento de relaciones oficiales con la OPS, punto que fue ampliamente discutido por el Comité y en donde se indicaron los cambios más importantes. Dichos cambios fueron estudiados y tomados en cuenta debidamente por la Secretaría y el documento que se somete a la Conferencia contiene dichos cambios.

La última parte del documento, sobre observaciones generales, se refiere a que existen muchas organizaciones no gubernamentales interamericanas y algunas nacionales que no tienen acción directa en el campo de la salud, pero que desarrollan actividades en esa área. Se cita un ejemplo que indica este tipo de asociación y se sugiere, por solicitud de algunos de los Miembros del Comité, que se estimule a esas organizaciones a informar a la Secretaría de la OPS y luego al Comité, sobre sus actividades y posibilidades de acción, especialmente en casos de emergencia.

En relación con este punto quizás el Representante del Comité Ejecutivo podría hacer algunos comentarios.

M. CAREAU (Comité Exécutif): Merci M. le Président. Je vous remercie de me donner la parole. Je n'ai pas grand chose à ajouter sinon que les modifications qui avaient été proposées principalement par la délégation des Etats-Unis, on été faites dans le nouveau document que vous avez et elles figurent principalement à la page 7 du document en espagnol, aux deux derniers paragraphes.

Avant de partir de Washington la semaine dernière, j'ai vérifié cela avec la délégation américaine qui s'était déclarée satisfaite. Je n'ai rien d'autre à dire; s'il y a des problèmes, je suis à votre disposition pour essayer de répondre et de vous faire compte de ce qui s'est passé au Comité Exécutif, mais je crois que notre ami le Dr. Salazar s'y est très bien pris lorsqu'il a fait sa présentation.

El Dr. OJEDA (Perú): Creo que esta iniciativa del Comité de poner en conocimiento de esta Conferencia una relación de la documentación que los organismos hemisféricos no gubernamentales deben presentar para ser reconocidos por la OPS es un paso muy interesante y muy importante en las Américas.

Mi Delegación quiere referirse especialmente en este punto a la Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria (AIDIS), que reúne a todos los ingenieros sanitarios y ambientalistas de las Américas y tiene su sede en la ciudad de Lima. Este organismo ya está reconocido desde hace mucho tiempo por la OMS y por lo tanto es reconocido también por la OPS. La AIDIS tiene más de 30 años de existencia y ha realizado 16 congresos. Hacemos esta mención para destacar el hecho importante de las relaciones que ha mantenido esta Asociación con la OPS y del éxito de los trabajos que hemos realizado con la Organización.

Consideramos que dentro de la política general que la OPS está desarrollando de abrir el intercambio de información entre países es no solo importante sino necesario que la OPS haga todo el esfuerzo para alentar la creación de organizaciones profesionales u organismos no gubernamentales que puedan hacer llegar a los Gobiernos recomendaciones que la Organización no puede hacer directamente. Estos organismos nacionales, con propio conocimiento de la realidad, pueden asesorar a los Gobiernos respectivos y posteriormente las reuniones internacionales que puedan tener estos organismos locales a través de su organismo internacional van a traer como consecuencia el intercambio de información y el avance científico y tecnológico del Hemisferio.

El PRESIDENTE: Agradecemos al Dr. Salazar y al Representante del Comité Ejecutivo la exposición del tema y pedimos a la Relatora que tome nota de lo expuesto por el Delegado del Perú para transmitirlo al pleno.

ITEM 29: EXTENSION OF HEALTH SERVICES TO THE UNDERSERVED POPULATION IN RURAL AND URBAN AREAS

TEMA 29: EXTENSION DE LOS SERVICIOS DE SALUD A LA POBLACION SUBATENDIDA DE LAS ZONAS RURALES Y URBANAS

El Dr. BARRENECHEA (OSP): El Documento CSP20/16, que se presenta a la Conferencia, se refiere al tema. Sin embargo, no voy a hacer comentarios sobre el mismo porque seguramente ya ha sido analizado detenidamente por los delegados.

Además, quisiera aprovechar que el Dr. David Tejada está con nosotros, para que analice las implicaciones que la Conferencia Internacional de Alma Ata pueda tener para la Región de las Américas. Dicha Conferencia constituye uno de los eventos más importantes después de la IV Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas, que elaboró la estrategia para esta Región en relación con la extensión de la cobertura de los servicios de salud.

Después que el Dr. Tejada haga uso de la palabra, presentaré ante ustedes algunas inquietudes en relación con la programación de las actividades específicas que se llevan a cabo en las Américas sobre este programa, y también algunos problemas que parecen surgir al analizar los esfuerzos que cada país está realizando para extender la cobertura de salud.

El PRESIDENTE: Se le da la palabra al Dr. Tejada.

El Dr. TEJADA (Subdirector General, OMS): Quisiera ser lo más breve posible, pero dentro de la brevedad, poder contribuir con alguna información que sea útil para ustedes, no desde el punto de vista de lo que sucedió en la Conferencia sino desde el punto de vista de cómo pueden y deben utilizar las recomendaciones de la Conferencia en el desarrollo de los respectivos programas, especialmente en lo que se refiere a extensión de cobertura y el enfoque de atención primaria de salud y participación de la comunidad.

Como ustedes saben, la Conferencia Internacional realizada en Alma Ata hace muy pocos días, fue una decisión de la 29a Asamblea Mundial de la Salud. Lo que se perseguía era alcanzar un consenso mundial sobre el concepto de atención primaria de salud, iniciar un intercambio de experiencia y una estrecha colaboración entre los países con respecto a sus propios programas de atención primaria de salud e iniciar igualmente una acción común internacional entre los países, principalmente dentro del espíritu de la cooperación técnica entre países en desarrollo y dentro del espíritu de la colaboración entre países industriales y países en desarrollo.

La conferencia fue definida por un comité especial del Consejo Ejecutivo de la OMS en 1976 como una conferencia intergubernamental de carácter político, técnico y multisectorial, y fue considerada como una etapa dentro de un largo proceso que comenzaría con la realización de diálogos de tipo nacional, para que a nivel de cada país se discutieran el concepto de atención primaria de salud, las acciones de atención primaria y las posibles estrategias nacionales para alcanzar la cobertura total de servicios de salud a la población dentro del espíritu de ese concepto.

Dentro de ese proceso preparatorio también se consideraron reuniones de tipo regional, que han sido de diferente contenido y de diferente forma en cada Región. En el caso de las Américas, hubo una serie de discusiones de carácter técnico sobre temas específicos y que culminaron en la IV Reunión Especial de Ministros de Salud. En el caso de otras Regiones, los procedimientos fueron reuniones subregionales, seminarios regionales, etc. Lo importante es que cada una de las seis Regiones de la OMS tuvo un procedimiento totalmente diferente.

Todo este proceso tenía que concluir en la Conferencia a nivel mundial, la cual desde el punto de vista de sus objetivos, ha cumplido con ellos en lo que respecta a lo que se esperaba como producto tangible y concreto de la Conferencia.

Ha sido distribuida a ustedes una información informal, con la copia del informe final en inglés. Yo quisiera aclarar que esta copia ya no requiere ninguna edición ni ninguna revisión pues contiene todas las correcciones que fueron aprobadas en la última plenaria además de una última modificación posterior a la plenaria, realizada con acuerdo de la plenaria por el Director General. En el día de ayer, fueron despachadas a todos los países las respectivas copias en los idiomas oficiales de la Organización.

Ahora bien, lo que importa no es lo que pasó en la Conferencia, sino cómo convertir lo examinado en esa Conferencia--que tuvo indudablemente un éxito político y técnico--en acciones concretas que puedan contribuir realmente a alcanzar la meta social que todos los países acordaron en la Asamblea Mundial de la Salud, es decir, la salud para todos, el acceso a servicios de salud y el mejoramiento de los niveles de salud para todos los habitantes del mundo en el año 2000.

En el informe final de la Conferencia hay dos elementos que son importantes. El Capítulo V, que contiene la llamada "Declaración de Alma Ata", es la expresión concreta de uno de los objetivos de la Conferencia, y representa el consenso mundial con respecto al concepto de atención primaria de salud. En efecto, asistieron al evento 139 Gobiernos, representados no solo por autoridades de los Ministerios de Salud u otras entidades del sector salud, sino representantes de Ministerios de Planificación y de Finanzas u organismos de desarrollo económico-social, además de unas 120 organizaciones no gubernamentales.

Al ser este el consenso sobre el concepto de atención primaria de salud, pensamos que se ha dado un gran paso y que este puede contribuir mucho a clarificar todas las dudas y diferencias que existían con respecto a este aspecto antes de la Conferencia y durante su preparación.

La segunda parte importante del informe son las recomendaciones contenidas en el Capítulo IV--y que son el producto de las discusiones en el plenario y en las tres comisiones de trabajo--en donde constan todos los elementos de juicio necesarios para que, a nivel de los países, esta idea se transforme en acción. Lo más importante es que estos elementos están a disposición de los países, en quienes cabe la responsabilidad final del cumplimiento de esta meta social y la responsabilidad final del desarrollo de la atención primaria de salud.

Recomendó la Conferencia que los países desarrollen, como primer paso, una estrategia nacional para el establecimiento y la ejecución del programa nacional de atención primaria de salud, y para cumplir esta tarea la cooperación internacional va a tener que adecuarse a fin de dar todo el apoyo posible a los países.

Igualmente se contempla la necesidad del desarrollo de estrategias regionales y nacionales, que no se limiten a las acciones a través de los organismos internacionales, sino estrategias de acción conjunta entre los países de la Región, y dentro del espíritu de la cooperación técnica entre países en desarrollo. Se espera también la responsabilidad de los organismos de cooperación internacional, los organismos de las Naciones Unidas y otros organismos internacionales no relacionados directamente con Naciones Unidas, las agencias bilaterales de muchos países industrializados, las organizaciones no gubernamentales. Todas ellas tienen en este empeño una responsabilidad y un importante papel que desempeñar.

Es necesario, por lo tanto, desarrollar un plan de acción general, donde queden definidas cada una de las responsabilidades para todo este esfuerzo común internacional.

Indudablemente en estas recomendaciones y en este informe se va a encontrar referencia específica a los dos organizadores de esta conferencia, la OMS y el UNICEF, en el sentido de que deben presentar un plan de acción, en apoyo de las acciones de los países, a sus respectivos Cuerpos Directivos.

Desde el punto de vista de la OMS, ya se han dado los primeros pasos para poder cumplir con las resoluciones previamente a la Asamblea Mundial de la Salud, para que en la 32a Asamblea, en mayo de 1979, el Director General pueda presentar el plan de acción global y el marco de referencia para los planes de acciones regionales, no solo en lo que respecta a la acción de la OMS sino en lo que respecta a la coordinación que ella debe buscar con todos los otros elementos de apoyo internacional.

El primer paso en relación con el cumplimiento de esta disposición se va a dar al presentar ciertas ideas generales y mecanismos preliminares a la próxima reunión del Comité de Programas del Consejo Ejecutivo de la OMS en el próximo mes de noviembre; después se someterá este esquema de plan de acción al Consejo Ejecutivo en enero de 1979. De acuerdo con el informe del Consejo, entonces el Director General presentará el plan de acción global a la 32a Asamblea Mundial de la Salud en mayo.

Yo quisiera adelantar alguna contribución personal a guisa de orientación, y esto lo hago pidiendo todas las excusas del caso, porque dado mi papel de Observador no me debería permitir entrar en más detalles, pero creo que estoy en una cierta obligación moral de hacerlo.

Desde el punto de vista de la acción que corresponde a nivel regional, yo puedo informarles lo que están haciendo o lo que programan hacer algunas Regiones de la OMS, para darles también un ejemplo de la diversidad de enfoques en cada una de ellas.

En la Región de Asia Sudoriental se ha convocado a una reunión en la que se va a invitar a representantes del más alto nivel político de gobierno, Primeros Ministros, si es posible, Ministros de Planificación, Ministros de Salud y Ministros de otros sectores a un diálogo con representantes de los organismos internacionales de apoyo, muy especialmente con las agencias bilaterales que puedan contribuir desde un punto de vista técnico-financiero. Esta reunión no será para seguir discutiendo qué es atención primaria de salud o para seguir discutiendo o informando lo que se está haciendo en cada país, sino para discutir en qué forma se van a llevar a cabo los programas de acción concreta, en qué forma los organismos internacionales y en qué forma las agencias bilaterales van a cooperar con los países y en qué forma los países van a ayudarse mutuamente para poder buscar esa decisión política que tanto se ha mencionado con respecto a todo quehacer del sector, una decisión política no aislada de un Ministerio de Salud, no aislada de un sector salud sino de una decisión política de gobierno.

La Región del Pacífico Occidental está planeando para los primeros meses de 1979 una reunión similar.

La Región de Africa está planeando reuniones subregionales condicionadas por el hecho de que los países de ese Continente, además de sus diferencias de carácter político con el gobierno tienen una diferencia fundamental desde el punto de vista del lenguaje, pues algunos son de habla francesa y otros de habla inglesa. En todo caso, se planea una serie de reuniones, primero para ponerse de acuerdo entre ellos, e indudablemente porque esa diferencia de lenguaje tiene connotaciones de vinculación con los países industriales del mismo lenguaje.

En la Región del Mediterráneo Oriental se va a comenzar por convocar a grupos de expertos nacionales para que puedan estudiar determinados problemas específicos en cuanto a la puesta en práctica de las acciones.

El común denominador de todas estas actividades regionales es discutir en qué forma se pueden llevar a la práctica las recomendaciones con un sentido de acción inmediata.

En la OMS ya estamos dando todos los pasos iniciales para poder afrontar este reto que significa el haber creado todas las condiciones de presión moral y política para que los países asuman la decisión política de enfrentar el problema y de desarrollar esto en escala nacional; como se ha ofrecido el apoyo internacional, debemos estar preparados para darlo en forma adecuada, en el sentido de que con el apoyo no vayamos a destruir la esencia misma y las filosofías de la atención primaria de salud que están basadas fundamentalmente en las operaciones entre países y en el desarrollo en cada uno de las propias capacidades para poder resolver los problemas dentro de un espíritu de independencia y de autodeterminación para decidir cómo utilizar mejor las operaciones externas y los recursos nacionales.

Tenemos que reconocer, con toda la humildad del caso, que por lo menos a nivel de la sede de la OMS en Ginebra, no estamos en condiciones de poder responder adecuadamente a este reto, ni poder darle el apoyo a los países si no introducimos cambios radicales, no en la estructura administrativa sino en la mentalidad de los que trabajamos dentro de la Organización y cambios radicales en la conducta y en el diálogo permanente entre los Cuerpos Directivos que representan a los países y la Secretaría de la Organización.

Nosotros damos una tremenda importancia a la atención primaria de salud, no únicamente desde el punto de vista de que es uno de los medios para alcanzar la meta social que todos los países han acordado para el año 2000, sino porque creemos que este puede ser una puerta de entrada para conseguir los cambios fundamentales que vuestra Organización necesita --al nivel global, al nivel regional y al nivel de su quehacer en cada uno de los países.

Agradezco profundamente, Sr. Presidente, la oportunidad que me ha brindado y pido disculpas por la extensión de mi intervención. Pero he querido contribuir con lo que he expuesto para que se puedan tomar las decisiones que sean más adecuadas, con un sentido prác-

tico y desde el punto de vista de las acciones que son necesarias si queremos ser consecuentes con los acuerdos que ustedes han tomado en la Asamblea Mundial de la Salud, en las reuniones de los Cuerpos Directivos, y en la IV Reunión Especial de Ministros de Salud. Muchas gracias.

El PRESIDENTE: Muchas gracias, Dr. Tejada, por todas sus aclaraciones y la brillante exposición que ha hecho sobre un tema tan importante como es atención primaria de salud. Se concede la palabra al Dr. Barrenechea.

El Dr. BARRENECHEA (OSP): Siguiendo el mandato de los Cuerpos Directivos de la Organización, tuvimos la oportunidad de hacer un análisis previo de documentos preliminares emanados de la Conferencia de Alma Ata, comparándolos con las recomendaciones y acciones emanadas de la IV Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas que tratan sobre el mismo tema y con los informes que cada país envió a esa reunión así como con los resúmenes que se hicieran para contribuir al esfuerzo de Alma Ata.

Creemos estar en condiciones de decir--a pesar de las necesarias variaciones de cada país--que desde el punto de vista regional, no encontramos ninguna contradicción entre los resultados de esa Conferencia en la "Declaración de Alma Ata" y las recomendaciones de acción que en esta Región han formulado los Ministros de Salud en nombre de sus pueblos.

Hicimos el análisis porque nos pareció sumamente importante, porque--como dijo el Dr. Tejada--es un esfuerzo mundial, y cada Región y cada país tendrá que realizarlo de acuerdo con las características concretas en que se desenvuelve el proceso.

Los Gobiernos de las Américas han comenzado este proceso, este intento de extender coberturas de servicio, y se han comprometido desde el momento en que acordaron el Plan Decenal de Salud para las Américas, 1971-1980.

Además, en estos momentos, en una forma u otra y con distintas intensidades y características la mayoría de los países de las Américas están intentando programar, sistemáticamente, la extensión de la cobertura de los servicios de salud a las poblaciones. Así es que las conclusiones y recomendaciones de Alma Ata, el compromiso solidario mundial, tiene que ser visto y analizado en esta Región a la luz de sus propios procesos y desarrollos.

La Secretaría de la OPS está en este momento en diálogo con cada uno de los Gobiernos de los países para decidir la programación del período 1979-1982 y ese proceso va a terminar a fines de noviembre. Pero con la información que disponemos y con la que estamos trabajando, podemos afirmar que es posible, con la voluntad de los países, que nuestra cooperación esté encaminada en el mismo sentido, con las mismas preocupaciones que este esfuerzo que los países están decididos a realizar.

Lo que sí nos preocupa es un problema que hemos advertido y que fue presentado en la Reunión del Consejo Directivo celebrada en México en 1976, en ocasión de la primera evaluación del Plan Decenal de Salud. Uno de los aspectos que fue discutido por el Consejo, fue el reconocimiento de que tanto las definiciones como los contenidos específicos de la extensión de servicios de salud incluían poder evaluar, desde un punto de vista regional, los esfuerzos de los países. En esa ocasión el Consejo aprobó una resolución pidiendo a los Gobiernos que hicieran esfuerzos por redefinir su situación y recomendó que se hiciera una evaluación en 1980 del Plan Decenal. Deseamos sugerir a esta Conferencia que si lo considera adecuado, discutiera si no se podría en esa evaluación--que resulta de gran importancia para la salud de la población--hacer un esfuerzo a fin de que sirviera para redefinir contenidos y formular estrategias a la luz de la experiencia de cada país, y de las recomendaciones de Alma Ata, e incorporar esos elementos que en Alma Ata se plantearon, en la IV Reunión de Ministros del Area Andina; elementos que surgen de la experiencia y el desarrollo de estos intentos, como son los problemas de una tecnología adecuada, los problemas de integrar este esfuerzo de dar servicios de salud en la lucha contra la pobreza social de los países, que es una forma dis-

tinta de decir que es un esfuerzo intersectorial, integrado en la decisión política, integrado en la decisión conjunta de los países, y sobre todo teniendo en cuenta no solo la experiencia recogida de lo que ha sucedido, pero teniendo en cuenta muy particularmente cuál es el futuro probable de este Continente y de cada país, en el año 2000.

El Dr. Acuña, en su presentación, en una forma muy concisa, se refirió al problema que se presenta en todo el mundo, en relación con la urbanización de las naciones, y que es especialmente grave en los países de la América Latina. En efecto, el 80% de la población de la América Latina va a estar viviendo en el año 2000 en pleno medio urbano, y hay que tener en cuenta que la concentración urbana se produce en ciudades de más de un millón de habitantes.

He querido llamar la atención sobre esto, simplemente porque considero que estamos más preparados para comprender los problemas de la desprotección del medio rural que para poder atacar con soluciones nuevas y posibles los problemas de la falta de servicios, y la desprotección en estos grandes conglomerados, que producen realmente muchos de estos cambios sociales, y los cambios biológicos, cambios económicos que yo diría no son reversibles porque ya han sucedido oportunamente.

EL PRESIDENTE: Muchas gracias, Dr. Barrenechea, por su brillante exposición del problema.

Dr. ALEXIS (Grenada): For the delivery of primary health care in Grenada, the country is divided into 10 medical districts served by 10 medical officers. Each district medical officer is responsible for the delivery of primary health care in his area. There are in each district several visiting stations, each of them staffed by a district nurse and a nursing assistant. At each visiting station, antenatal clinics, child welfare clinics, and district medical officers' clinics are held weekly. There are in all 33 visiting stations and 33 district nurses. Normal maternity cases are delivered at home by district nurses. There are five health centers. These are strategically located throughout the island. They are better equipped than the visiting stations. Special clinics such as venereal disease clinics, leprosy clinics, and tuberculosis follow-up clinics are held there weekly and supervised by a medical officer specially trained in those diseases. Special public health nurses also assist those clinics. In order to improve the maternity service for the poor, the Government has given some priority to the establishment of special delivery units throughout the territory so that normal cases whose home conditions are unsatisfactory could be delivered in safe and clean surroundings. One such unit has been functioning in St. John Parish.

Specialist health care is provided at the major hospital on the island, which has 250 beds. Their problems in surgery, medicine, obstetrics, and gynecology are competently handled by fully qualified specialists. There is at the hospital a major laboratory competent to perform most of the required basic tests. In addition to the major hospital in the capital, there are two other general hospitals serving the rural areas: the Princess Alice Hospital in the northeastern part of the island, with 40 beds, and the Princess Royal Hospital in Carriacou, also with 40 beds.

In order to succeed in establishing a more efficient health service for the entire community, there is need for more qualified medical and paramedical staff. The Ministries of Health, Agriculture, Social Services, and Education recognize the importance of adequate nutrition and are now working on a national nutrition program in which personnel qualified in home economics, health education, and social services will join forces with agricultural officers in teaching the community to appreciate local nutritious foods.

In the health centers, there is need for more equipment so that more efficient services may be provided for the community. The Government, with this as a goal, has already formulated plans to upgrade all district stations. A program is now being organized to train more paramedical personnel in order to provide suitable medical services even in the homes of the citizens.

Following the Declaration of Alma Ata, Grenada is very heartened by the fact that arrangements will be made to put into effect some of our new plans for primary health care because in upgrading our district stations, hospitals and health centers, we do need technical and financial aid for the initiation of the program.

Dr. RICHMOND (United States of America): In addressing this subject under Item 29 "Extension of Health Services to the Underserved Populations in Rural and Urban Areas," we wish first to compliment the PAHO staff and the countries for the comprehensive and systematic approach they have taken to this important and complex topic.

This also provides an opportunity for me to express our deep appreciation to Dr. Tejada for the brilliant leadership he provided in the conduct of the Alma Ata meeting. I think all of us who were there would agree that it was an extremely difficult task, and those of us who come from this Hemisphere are appropriately proud of the fact that he represented the Americas and did so with such distinction.

I would like to draw on the remarks he made yesterday when he quoted Dr. Mahler, Director-General of WHO. Dr. Mahler is convinced that we are, and must continue to be, engaged in a political struggle for health; that a political commitment must support the social conviction that health is a right; that a fair and equitable distribution of health services is as important as the numbers and quality of services; and that technological development and its administrative arrangements must be supportive of those social goals. The Director-General went on to say that this is the time, not for polite conversations, but for very serious dialogue.

My delegation supports those principles of social equity and justice. We believe that primary health care for all is the road to achieving health for all by the year 2000. Structuring health services so as to reach the total population with primary health care goes hand in hand with programs aimed at improving nutritional status, making clean water and sanitation more widely available, providing for family planning, controlling infectious and tropical diseases, and so forth. Further, the preventive and health promotive components of primary health care and the continuity of care involved can also benefit the previously well-served population. Thus, we believe that primary health care can be seen as the programmatic framework for health care systems to evolve toward comprehensive health services for total populations.

The Alma Ata Conference was historic in crystallizing these ideas and many others brought from nations around the world into recommendations and a Declaration that were politically realistic and technically sound. They also acknowledged the uniqueness of individual nations and were rich in the understanding of human needs around our world. Those recommendations and the Declaration were adopted without dissent. We believe that far from being a passive acceptance of ordinary ideas, that action of acceptance was for most of the 139 countries and 110 nongovernmental organizations an emphatic ratification of historic importance.

We recognize the long and difficult road that lies ahead in translating those ideas into practical programs that will actually benefit our people, as Dr. Tejada has indicated. But we believe that the time now, this week, this year, this decade, is filled with possibilities for moving assertively toward the goal of health for all by the year 2000.

Realistically, the steps that will ultimately bring health to the underserved people of our nations must be taken by the nations themselves. International organizations and collaborating nations cannot make our political commitments and programmatic decisions for us. They can encourage and advise, but those steps are ours and ours alone to take.

In the United States of America, we are making those commitments and programmatic decisions as well. President Carter and our Congress are making the necessary commitments to primary care, and programs to extend services to our underserved populations are under way.

These are complicated and often difficult steps, but we are taking them because we are convinced that social justice requires it.

Let me now turn to the roles of WHO and the Regional Offices of WHO for the Americas, PAHO. At the global level, WHO has the crucial role of conceptualizing, organizing, promoting, and coordinating what I will call the primary health care movement. WHO must not only provide that coordinating role for the Member Countries; it must also perform a coordinating function for the donor nations and agencies, and that is a complex and crucially important process as these programs undergo global expansion.

My next point concerns the roles of WHO and PAHO. While both have served us extremely well to date in these early stages of the primary health care movement, allow me to suggest, that the events of the last year culminating in Alma Ata have brought us into a new and different situation--to use the vernacular, a new ball game. The scope and magnitude of the primary health care movement, escalating as it is, may require changes in WHO's functions and forms of action. The Thirty-first World Health Assembly recognized this when it requested the Director-General to reexamine WHO's structure in the light of its functions and to report to the Executive Board in 1980. We believe it is very important for PAHO to contribute substantively to the Director-General's response to this request. Recent events at Alma Ata and in the Regions make it clear that the Assembly's request is particularly relevant for primary health care. Here, too, we see the importance of PAHO's participating with the Director-General in exploring ways in which functions and forms of action might be creatively modified to support the primary health care movement at global, regional, and national levels.

To summarize, these are the points my Delegation wishes to make: first--we fully support the recommendations and the Declaration of Alma Ata and believe that we are all involved in a health movement of historic importance; second--the most important implementing steps will be taken by each of our own countries; third--WHO and PAHO each have key roles to play in conceptualizing, organizing, and coordinating this movement at global and regional levels, and those roles may call for changes in the functions and forms of action of the organizations themselves, a matter currently under study by the Director-General and in which PAHO's contributions are vitally important; finally--we should join together, as nations and organizations, in this effort, sharing our problems and our proposed solutions and recognizing that the countries of the Americas have special contributions to make to one another and to the other nations of the world in the quest to improve the health of our people.

El PRESIDENTE: Rogamos a la Relatora que tome nota de todas las sugerencias formuladas, a fin de someterlas al pleno. Se agradece al Dr. Tejada su presencia, así como su presentación sobre un tema tan importante como es el de la atención primaria en salud.

Quiero recordar a todos los delegados que están invitados a asistir a la ceremonia que tendrá lugar esta tarde, con motivo del otorgamiento del Premio Abraham Horwitz a la Dra. Ruth R. Puffer.

The session rose at 5:45 p.m.
Se levanta la sesión a las 5:45 p.m.

THIRD SESSION
TERCERA SESION

Monday, 2 October 1978, at 9:15 a.m.
Lunes, 2 de octubre de 1978, a las 9:15 a.m.

Chairman:
Presidente:

Dr. Manuel O. Suazo

(Honduras)

In the absence of the President, the Vice-President took the Chair.
En ausencia del Presidente, el Vicepresidente ocupa la presidencia.

ITEM 34: THE IMPLICATIONS OF DENGUE FEVER TO THE HEALTH AND ECONOMIES OF THE COUNTRIES OF THE REGION

TEMA 34: LAS REPERCUSIONES DEL DENGUE EN LA SALUD Y LA ECONOMIA DE LOS PAISES DE LA REGION

Dr. MOODY (Jamaica): Mr. President, I would like to mention, at this point, that we had a meeting on dengue in Jamaica earlier this year from which we produced a report. I wonder if it would be possible to make it available to this Committee for consideration in discussing this subject.

El SECRETARIO: Sí. Este documento está disponible; en un momento se pondrá a disposición de la Delegación de Jamaica o de las personas que estén interesadas. También al presentar el tema se hará referencia al mismo.

Dr. BOND (PASB): Mr. President, and honorable delegates, it is my privilege to introduce the topic: "The Implications of Dengue Fever to the Health and Economies of the Countries of the Region." In the interest of time, I will not read the document that has been distributed to you; I will summarize it instead.

There are three main points in the document:

1. The pandemic of dengue serotype 1 in the Caribbean area in 1977 and in 1978 is the largest recorded epidemic of dengue in this Hemisphere. We now estimate that there were two and one-half million cases during 1977, and an even greater number (still unknown) in 1978. The pandemic involved at least 23 countries or political subdivisions.

2. The cost of the dengue pandemic in 1977 has been estimated to be US\$75 million. It includes medical care, epidemic control, and loss in wages and work output by the industrial population.

3. In addition to the economic danger of the disease, there is the threat of introduction of dengue hemorrhagic fever into this Hemisphere and, commensurate with it, the threat of having urban yellow fever reappear.

As most of you know, there are several serotypes of the dengue virus. At least three of them are now circulating in the Caribbean area. In 1963, there was a wide epidemic of dengue serotype 3 in the Caribbean. In 1969, dengue serotype 2 circulated throughout that area. Since 1969 both dengue types 2 and 3 have been endemic in Haiti, Dominican Republic, Puerto Rico, and Colombia. In 1977 dengue serotype 1 was introduced into this Hemi-

sphere, probably for the first time. There is retrospective, unconfirmed serologic evidence that dengue serotype 1 may have occurred in 1904 or thereabouts in Panama. The presumption is that it entered this Hemisphere in Jamaica in February 1977. The most likely possibility is that it may have come from Africa.

Briefly, the chronologic sequence of the spread of dengue serotype 1 in the Caribbean since February 1977, which illustrates the geographic extent and the rapidity with which a new dengue serotype can invade the area once introduced, is as follows: in July, it went from Jamaica to Dominica; in August it appeared in Turks and Caicos Islands and in Bahamas; in September it spread to Cuba, Haiti, and St. Vincent; in October it was in Guyana, Grenada, and Martinique; in November it appeared in St. Kitts; and in December it went from Trinidad and Tobago to Puerto Rico and Suriname.

As I mentioned earlier, we have estimated that this year alone, two and one half million cases probably occurred. Dengue serotype 1 continued to spread in 1978: it appeared in February in Barbados; in March in French Guiana; in May in Venezuela; in June in Honduras; in July in El Salvador; and in August, in Guatemala. It is currently in Colombia. We have just been informed that Colombian authorities have declared a state of emergency in Colombia because of the extent of dengue serotype 1 on the Atlantic Coast. This demonstrates the rapidity with which a new infection can spread in an area heavily infected with Aedes aegypti mosquitoes.

Fortunately, the actual disease has been relatively mild. Typically, the symptoms are severe headache, retro-orbital pain, myalgia, and arthralgia. They last three to seven days. We have been looking especially carefully for the hemorrhagic manifestations of dengue with this new serotype. So far, none have been seen, even though 6-9 per cent of the patients had minor hemorrhagic manifestations. The latter did not meet the criteria for dengue hemorrhagic fever, which is seen in Southeast Asia. There are few known sequelae to classical dengue: mild neurasthenia lasting approximately two weeks and a suggestive evidence of teratogenic effects causing congenital malformations if dengue occurs in pregnant women. Evidence for the latter manifestation has been accumulated in the Dominican Republic and Jamaica; it is as yet inconclusive.

One of the major problems caused by dengue in the Caribbean in the past year and a half has been its unusually high attack rates (10-13 per cent of the population is affected by the disease when the epidemic passes through). Dengue affects principally working-age persons. In Jamaica, it was estimated that 200,000 workers suffered from the disease during the epidemic. In Puerto Rico, 74,000 workers were estimated to have become ill with dengue. It is the work loss from these young workers that causes the major economic effects of dengue.

In Puerto Rico, Dr. Chiriboga and his associates made a thorough analysis of the economic impact of dengue. From the costs of medical care, epidemic control, and loss in wages of the working population affected, they estimated the total economic impact in Puerto Rico to be between \$6 and \$15 million depending upon the attack rates (6 to 18 per cent of the population was thought to have been made ill by the disease). The cost of the epidemic control represented at least US\$1.25 million.

Another study was made in Martinique, completely independently from the Puerto Rican one. Investigators there did not know they were researching the same thing as the Puerto Rican investigators. Their paper reached me just as I left the Washington Office.

With different techniques and methods they estimated that 29,000 skilled persons had been affected by the disease, which represented a cost of about 4.2 million francs. If we use information from the two studies we estimate that the cost per clinical case is \$30 in Puerto Rico and \$29 in Martinique. We may, therefore, safely assume that the average clinical case in the Caribbean in 1977 cost at least \$30. If we multiply this figure by the estimated number of cases, we arrive at a total estimated cost in the area of US\$75 million.

In the Arthur D. Little report of six or eight years ago, the cost-benefit analysis of Aedes aegypti eradication programs made with different techniques indicates at least \$17.8 million will have to be invested today, at an interest rate of 20 per cent (discount rate) to cover the recurring costs of dengue in the area for the next 20 years. If the interest rate (discount rate), is brought to 50 per cent, \$95 million will need to be invested today to cover the ongoing costs in the next 20 years.

Now I have just given you the health and economic impacts of classical dengue, as we have seen them in the past two years. As I mentioned earlier, the disease's most serious risk is the threat of the occurrence of dengue hemorrhagic fever or the urbanization of jungle yellow fever in this Hemisphere.

The syndrome of dengue hemorrhagic fever was first observed in Southeast Asia in 1955. It was found to affect mostly children under the age of 15, predominantly under the age of 6. Between 10 and 30 per cent of the children who have the illness die, depending upon the rapidity with which they are brought for medical care.

It is not at present known what exactly causes dengue hemorrhagic fever. There are two major hypotheses. One of these hypotheses is that there is a sequential infection in the same individual of more than one dengue serotype. In other words, a patient has first a primary infection of dengue serotype 1; the following year he has an infection of dengue serotype 2; and the next year an infection of dengue serotype 3. This considerably increases his risk of dengue hemorrhagic fever. The second hypothesis is that there is a change in the virulence of the dengue virus itself, so that anyone of the four serotypes may cause the disease. This has been primarily observed in the South Pacific where dengue serotype 1 alone caused dengue hemorrhagic fever.

In the Caribbean there are strictly three dengue serotypes. The introduction to this area of dengue serotype 1 from outside the Hemisphere considerably raises the estimated risk of dengue hemorrhagic fever. None has been diagnosed in the past two years despite a careful search.

The threat of urbanization of yellow fever is another important problem. Although there has not been urban yellow fever in the Hemisphere since 1954 (when it occurred in Trinidad), there was an outbreak of yellow fever last year in the area of Colombia, with heavy Aedes aegypti infestation. When a large outbreak of jungle yellow fever occurred in Colombia, everybody watched it very closely to see whether jungle yellow fever might become urbanized in the area with Aedes aegypti. Fortunately it did not; but the strong feeling persists that the risk is imminent.

In summary, three main points need to be remembered in this discussion: (1) dengue serotype 1 was introduced into the Caribbean in 1977 and 1978, affecting at least two and one-half million persons and involving at least 23 countries or political units; (2) the estimated expenditure of funds in 1977 was \$75 million; and (3) there is a considerably increased risk of dengue hemorrhagic fever or urban yellow fever in the area of Aedes aegypti infestation.

Dr. BICA (BRASIL): O Dr. Bond descreveu de maneira sucinta a dramática situação em que nos encontramos, não só os países da região afetada pela epidemia de dengue, mas todos os países das Américas ainda não infestados ou que ainda continuam a manter-se livres do vetor. Infelizmente, não se trata de uma situação nova. E assim foi prevista há 11 anos. É de lamentar que a preocupação, ao final da década de 1960, de alguns administradores da saúde pública do continente quanto ao perigo e expansão da epidemia de dengue e o perigo do aparecimento da forma hemorrágica da doença--com ou sem síndrome de choque, nos países das Américas infestados por Aedes aegypti--tenha se tornado agora uma triste e ameaçadora realidade. Gostaria de citar aqui algumas passagens do relatório de um grupo de estudo sobre a erradicação do Aedes aegypti, reunido em Washington de 6 a 12 de abril de 1967, há 11 anos.

Parece que foi escrito hoje. Primeiro, analisa a necessidade de completar a erradicação do vetor por causa do perigo da febre amarela, da urbanização da febre amarela que é o que estamos vendo agora. Depois diz--eu lerei em inglês para facilitar e não fazer uma má tradução:

"In addition to the threat of yellow fever, we should also take into account the risk of the epidemic of dengue fever, which the countries and the territories infested by Aedes aegypti are exposed to. Although dengue fever is not a particularly serious disease, epidemics of dengue like those which have been occurring in the Caribbean area between 1963 and 1966, can cause serious financial losses, especially in countries where tourism is an important source of revenue. Another risk which infested countries incur is that of the epidemic of dengue hemorrhagic fever. So far hemorrhagic fever has been identified only in Asia, where Aedes aegypti is regarded as possibly the sole vector of the disease. However, the possibility that this infection, in which fatality rates in certain Asian outbreaks have been 10 to 15 per cent, may occur in the Western Hemisphere, cannot be excluded. The eradication of Aedes aegypti will definitely eliminate the possibility of the occurrence in the Americas of an epidemic of dengue fever or dengue hemorrhagic fever, against which no vaccine is available."

Se naquela época tivéssemos aceito as observações e seguido os conselhos--as repetidas e reiteiradas recomendações do Conselho--nós hoje não estaríamos nesta triste situação. Portanto, a culpa cabe exclusivamente a nós. Como disse, a atual situação não só é a causa de séria preocupação para os países do Caribe mas para todos os nossos países. O Dr. Bond demonstrou perfeitamente os pontos importantes, que foram justamente a elevada morbidade--cerca de 2,5 milhões de casos--e a extensa distribuição geográfica que deve evidentemente ter retardado e complicado as medidas de controle, tanto mais que foram realizadas em países que não têm infra-estrutura de saúde nem serviços de controle organizados. Evidentemente, a causa principal dessa situação é a ampla distribuição e a alta densidade do Aedes aegypti nesta área. Até bem pouco tempo os países desta região beneficiaram-se do desaparecimento do vetor de vastas áreas do continente. Como houve infestação de vários países, esta moratória acabou. E daqui por diante se não tomarmos nenhuma ação imediata, a situação só tenderá a piorar.

A presença do dengue hemorrágico no Caribe, principalmente após o repentino aparecimento do sorótipo 1, constitui problema da maior gravidade. Significa que o número de casos desta forma da doença pode aumentar rapidamente em futuro próximo e provocar uma situação semelhante a que existe no sudeste asiático e no Pacífico Ocidental. Na realidade, creio que já se verificaram cerca de três casos de dengue hemorrágico nas Américas. Portanto, o dengue hemorrágico já está presente entre nós. O dengue hemorrágico com síndrome de choque, quando não tratado de maneira adequada, pode ocasionar uma letalidade capaz de ultrapassar 10%. Assim, podemos prever o número de vítimas que o dengue hemorrágico poderá causar. As condições que podem dar origem a esta forma da doença tornam-se cada vez mais evidentes na região do Caribe.

O Dr. Bond também menciona que a estimativa das despesas é um modesto montante de US\$75 milhões. Entretanto, o principal argumento dos que se opõem à erradicação do Aedes aegypti é o problema das despesas iniciais relativamente elevadas dos programas de erradicação. O Comitê Científico Assessor da OPAS sobre Dengue, Febre Amarela e Aedes aegypti afirma no último parágrafo da página 19 do relatório que apresentou o ano passado ao Conselho Diretor: "é evidente que a solução final dos problemas do dengue e da febre amarela se baseia na erradicação do Aedes aegypti".

Admite também, na página 20, "que a atual política de erradicação é exequível sob o ponto de vista tecnológico, contanto que se disponha de recursos suficientes e se conte com a participação de todos os países do hemisfério". Entretanto, os recursos--continua o Comitê--são limitados e não se consideram justificáveis as elevadas despesas que teriam de efetuar alguns países. É estranho este raciocínio. Não se justificam as elevadas despesas para resolver definitivamente um problema, mas se admite que alguns países sofram prejuízos muito maiores pela inação ou emprego de métodos ineficazes, como foi o caso da recente epidemia.

Francamente, não entendo esta espécie de aritmética. Se não forem tomadas agora as medidas adequadas, a situação repetir-se-á dentro em breve e em proporções mais elevadas e mais graves. É claro que todos os países terão de fazer algum sacrifício em benefício do continente. A erradicação do Aedes aegypti tem que ser um empreendimento multinacional, de âmbito continental, para alcançar o objetivo almejado. A longo prazo, a erradicação do Aedes aegypti, embora inicialmente mais dispendiosa, será mais econômica que a manutenção do vetor a um nível que interrompa a transmissão. A erradicação é permanente. O controle tem de ser mantido indefinidamente e será muito mais dispendioso além de ineficaz. Como todo o programa que dura indefinidamente, cai na rotina e progressivamente se deteriora. O Dr. Charles, representante do Comitê Executivo, quando se referiu ao problema da malária, demonstrou de maneira clara as desvantagens dos programas de controle. Não as repetirei aqui.

O Grupo de Trabalho sobre Dengue no Caribe, reunido na Jamaica de 9 a 11 de maio do corrente ano, verificou que, com poucas exceções, os programas de controle eram ineficazes ou inexistentes, o que obrigou os países a empregarem dispendiosas medidas de emergência contra o Aedes aegypti, as quais surtiram pouco efeito devido ao atraso com que foram tomadas. Não se pode tomar nenhuma medida eficaz de emergência se não houver infra-estrutura de saúde.

Também foi falho e insuficiente o sistema de vigilância. Mesmo aplicando maiores recursos em atividades de vigilância epidemiológica para identificação rápida do início das epidemias não existirão condições para atuar eficazmente e também não é possível empregar com presteza as medidas eficientes de emergência, porque faltam todas as condições básicas de uma infra-estrutura de saúde. Evidentemente, não será possível procurar atender, ao mesmo tempo, uma extensa área como esta, com as dificuldades de transporte e de comunicação. O Comitê também continua, como o anterior, a propor sistemas complicados de vigilância que são, na minha opinião, completamente utópicos. Os senhores já dispõem do documento e basta ler a página 8 do relatório para ver que a situação é completamente diferente da em que se encontram os referidos países. Pode ser um sistema muito útil num país desenvolvido, mas nos nossos está fadado a falhar.

Para que todo esse complicado sistema de difícil, se não impossível, execução na maioria dos países da região? Com a erradicação do mosquito, desaparece a necessidade deste complicado e utópico sistema. Basta então fazer a vigilância contra a introdução do vetor o que é muito mais simples e mais barato. Diante da ameaça com que nos defrontamos, é necessário e urgente começar a tarefa de erradicar o Aedes aegypti das Américas para afastarmos definitivamente a ameaça da febre amarela urbana--que está presente agora--do dengue hemorrágico e de outras doenças transmitidas por este vetor.

Deixemos de lado, de uma vez por todas, as medidas dilatórias de constituição de comitês--já não sei quantos comitês, temos 4 ou 5 que dizem sempre a mesma coisa--de estudos, porque nós já temos conhecimento suficiente para erradicar o Aedes aegypti. Estes conhecimentos já estão publicados, já conhecemos bem a biologia do mosquito, existe um livro do Dr. Christopher de mais de 500 páginas que está à disposição de todos. Enfim, temos todos os elementos. A única coisa que nos falta é a vontade de agir. E preciso pois enfrentar definitivamente um problema para o qual existe solução radical, permanente e exequível, ou seja a erradicação do Aedes aegypti. O tempo urge e trabalha contra nós. Não devemos ignorar nem subestimar o aviso da epidemia de 1977-78. Creio que foi um aviso benéfico, porque nessa epidemia só perdemos dinheiro, que pode ser repostado. Na próxima vez perderemos vidas humanas e não creio que nenhum de nós querera ter esta responsabilidade na sua consciência.

Não devemos esperar que ocorra uma catástrofe para despertarmos da inércia em que nos encontramos. Não basta tomar a decisão política de erradicar o Aedes aegypti. É preciso implementá-la e isso implica revisão de prioridades, elaboração de programas, bem planejados, obtenção dos recursos financeiros, treinamento de pessoal, aquisição de materiais e equipamentos. Tudo isso toma um tempo precioso de que não dispomos mais.

Finalmente deseo mencionar, para a ajuda daqueles que queiram realmente iniciar programas de erradicação, que leiam o relatório do Grupo de Estudos sobre a Erradicação do Aedes aegypti, reunido em Washington em 1967, que apresenta de maneira sucinta os elementos de como organizar uma campanha de erradicação do Aedes aegypti. Faço um apelo: não percamos mais tempo! O tempo urge, temos que agir prontamente. Até que se possa empreender alguma ação, serão necessários de dois a três anos para que os países possam realmente organizar um programa eficaz e eficiente.

El Dr. MICHELSEN (Colombia): Como ha mencionado el Dr. Bond, nosotros hemos sido la última víctima de esta epidemia de dengue que ha azotado y azota la zona del Caribe. El Gobierno Nacional tuvo que declarar una emergencia sanitaria en esta zona debido a la altísima morbilidad presentada, especialmente en la ciudad de Barranquilla, que es una ciudad de 700,000 habitantes y fue la primera en la que se detectó la epidemia. Nosotros hicimos una encuesta inicial que todavía es preliminar pero que sirve para mostrarles la gravedad de esta epidemia.

Tuvimos entre julio y el 15 de septiembre una tasa de ataque del 35%, encontrándose una altísima infestación en las viviendas, del 24% por larvas y del 38% por formas adultas del mosquito. También hicimos algunos estudios económicos y tomando un dispensario de seguros sociales donde se habían notificado 5,000 casos de trabajadores afectados de dengue, encontramos un promedio de cinco días de incapacidad, que daban 25,000 días laborales y una pérdida de 2,150,000 pesos colombianos. Si aplicamos esta tasa de ataque a la población de Barranquilla podríamos decir que se presentaron 208,000 casos con una pérdida de ocho millones de pesos en esa ciudad. Esto muestra la gravedad de la epidemia y la razón que tuvimos para declarar la emergencia sanitaria en esta zona de la Costa Atlántica.

Por otro lado, ha tenido la oportunidad de distribuirles un documento intitulado "Brote de fiebre amarilla selvática en la hoya del Río Catatumbo, Departamento de Norte de Santander, Colombia". Esta región es una zona selvática de colonización. El último brote de fiebre amarilla selvática que se había presentado allí tuvo lugar hace 23 años, a unos 50 km del centro de la epidemia que se presentó en mayo. El 23 de mayo falleció el primer paciente, un trabajador de 42 años, cuyo estudio anatomopatológico de muestra de hígado, reveló el cuadro característico de la fiebre amarilla. En total se atendieron 102 personas con diagnóstico presunto de fiebre amarilla, de las cuales fallecieron 28 en las instituciones hospitalarias asignadas para su atención. De estos fallecimientos se practicó estudio anatomicopatológico a 13 muestras de hígado que fueron todas positivas para la fiebre amarilla. En el 30% restante de los pacientes que sobrevivieron se encontraron títulos de la hemaglutinación o fijación de complemento compatibles con infección reciente por el virus amarílico. El resto de pacientes se tomaron como casos de fiebre amarilla por la similitud con los ya mencionados. En los cuadros que acompañan el informe, se muestra la distribución de pacientes por edades, profesión, etc.

Hubo necesidad de tomar las siguientes medidas para poder controlar este brote y evitar su diseminación a las zonas urbanas vecinas: se estableció un rígido control sanitario para controlar el movimiento de la población; se hizo una aplicación masiva de 250,000 dosis de vacuna antiamarilica para proteger a las poblaciones urbanas y rurales; se buscó la erradicación de los mosquitos Aedes aegypti de la población urbana comprendida en el área del brote, y se instruyó a las comunidades para que se protegieran de las picaduras de los mosquitos selváticos mientras la vacuna tenía efecto. También se estableció un hospital de campaña dentro del área afectada por la fiebre. En esta área, y aquí reside el peligro de que hablaban tanto el Dr. Bica como el Dr. Bond, hubo una infección de dengue serotipo 2 ocho meses antes. Es decir, estuvimos realmente cerca de la urbanización de la fiebre amarilla y tuvimos suerte en poderla detectar y aislar a tiempo.

Vemos, por tanto, como un país que tuvo erradicado el A. aegypti en los años 60, fue reinfestado a partir de un país vecino que no tomó medidas similares y ha llegado a una situación sanitaria realmente difícil. Creo que es un ejemplo de la necesidad de hacer una erradi-

cación, pero no una erradicación solitaria como estamos empeñados nosotros en este momento en hacerla, porque realmente el plan del Gobierno actual es llevar de nuevo a la erradicación del A. aegypti en Colombia, sino una acción conjunta de todos los países del área que tienen el vector, en forma simultánea, viendo la manera de coordinar la acción, no solamente dentro del país sino en colaboración con los países vecinos para lograr los efectos deseados. Estoy de acuerdo con lo mencionado por el Dr. Bica de que este sistema de vigilancia y control es un sistema costoso y de muy difícil aplicación. Nosotros considerábamos que teníamos un sistema de vigilancia epidemiológica apropiado en la zona de la Costa Atlántica y por los resultados de la epidemia, fácilmente se da uno cuenta de que el sistema falló por completo. Entonces mi propuesta es simplemente que reafirmemos lo que el año pasado tuvimos oportunidad de aprobar en el Consejo Directivo en relación con la necesidad de una campaña de erradicación verdadera del A. aegypti.

El Dr. CHIRIBOGA (Estados Unidos de América): Hemos leído con cuidado el informe titulado "Implicaciones del dengue sobre la salud y la economía en los países que tienen esta enfermedad".

Antes que nada quisiéramos felicitar a aquellos que prepararon ese documento, así como a aquellos de la Organización que hicieron posible la reunión de Jamaica en meses pasados acerca de este tema.

Esta reunión estableció una comunicación entre países que es indispensable, dada la naturaleza vírica y vectórica de esa dolencia. Quiero también felicitar al Dr. Bond por la magnífica presentación y el buen resumen que ha hecho sobre lo que el dengue es actualmente en el Hemisferio. Sin embargo, quisiera comentar algunos puntos que considero relevantes.

El informe pone demasiado énfasis en la historia de esta enfermedad, olvidándose que en el presente es un problema muy grave en muchas partes y que en el futuro, dadas las condiciones hiperendémicas en algunos países con varios tipos de dengue, parece sombrío. Si bien es verdad que se menciona el posible riesgo de los niños, se olvida que este hecho se ha presentado solo donde las condiciones hiperendémicas se asocian a infecciones múltiples. El dengue no tiene inmunidad cruzada dentro de sus variedades, lo que ha estimulado el pensar que en la múltiple infección podría estar el riesgo. Se hace necesario establecer quizá un inventario de cepas de virus, por países, y quizá por regiones, en una forma muy estricta. El informe presenta información acerca de las pérdidas económicas, que nos preocupa sobre todo por la extrapolación a que se hace referencia. Se han presentado algunas cifras que quizá en parte vengan de nosotros, y me siento personalmente culpable ya que en la reunión de Jamaica presenté, como Coordinador del Dengue en Puerto Rico, estudios conjuntos del Centro para el Control de Enfermedades y del Departamento de Salud con el solo ánimo de discutir aspectos metodológicos de este importante tema. Esperamos tener mejores datos que quizá no podamos, por razones obvias, extrapolarlos a toda una zona.

Nos llaman la atención en el informe las referencias a la mortalidad por dengue. No sabemos, ya que no lo indica el informe, de donde se han obtenido estos datos. Todo aquel que tiene contacto con esta enfermedad en este Hemisferio sabe lo difícil que es establecer una relación de causa-efecto entre la virosis y la mortalidad. Quizás se deberían establecer criterios con cierta rigidez en lo que respecta a este tema y la OPS podría ayudar a estimularlos y a resolverlos.

Con referencia a dengue hemorrágico y dengue shock, la OPS también podría tomar un liderazgo muy importante, ya que habría que preparar equipos de vigilancia clínica, sobre todo en aquellas regiones que se estuvieran acercando a la situación del sudeste de Asia en relación con esta manifestación. Hay otro punto, que consideramos importante, a pesar de que todos los países que tienen dengues virémicos cuentan con medidas de control y manifiestan el efecto positivo de estas medidas: el informe ignora por completo mencionar las medidas de control y su impacto en los brotes epidémicos. Y, por último, quisiéramos alertar a los delegados sobre la posibilidad de que estemos pasando por un cambio importante en la historia

biológica de esta enfermedad, que unida a las comunicaciones actuales ponga en peligro una gran extensión de territorio que puede alcanzar a México, Estados Unidos de América, Centro y Sudamérica.

Dr. MOODY (Jamaica): First I would like to congratulate Dr. Bond on his very excellent presentation, in which he gave us very precisely and concisely the highlights of the dengue epidemic in the Caribbean last year, in which he identified what he saw as the major problems to consider in regard to Aedes aegypti. The problems were the high incidence of the dengue epidemic last year, its extremely high cost, and the severe risk of dengue hemorrhagic fever and urban yellow fever. I would like to take this opportunity, once again, to express Jamaica's very sincere thanks to PAHO for all the assistance it has given the country during the epidemic last year, and currently in our Aedes aegypti eradication program.

At the Directing Council last year, we spent much time discussing the Jamaican epidemic, for fear it would spread throughout the Caribbean, as it subsequently did. We discussed the history, the problems of the disease and of Aedes aegypti, and the eradication and control of the infection. Later a Working Group on Dengue Fever in the Caribbean met in Montego Bay in May 1978 and made some very specific recommendations. I had hoped that in his presentation, Dr. Bond would refer to these recommendations and let us know what actions PAHO had taken, or was proposing to take, to implement the suggestions of the Working Group.

I feel that now we should spend less time going back into history, talking about the problems of dengue, or of Aedes aegypti eradication. Every one of us here knows and understands them. What we should be discussing is how we are going to overcome these difficulties; what we are going to do; and how we are going to convince our Government that they have to take these programs seriously; what assistance PAHO is giving us; and what the areas are where we need technical assistance.

The recommendations made by the Working Group are extremely important and need to be taken very seriously. Their implementation should begin immediately. It seems to me that some of these recommendations need decisions from this Conference. We cannot wait another year before such decisions are taken. For instance, Recommendation 3 of the Report to the Director of the Working Group urges that a national collaborating center for dengue be set up. PAHO should undertake this task in conjunction with countries. This is very important; we need to have a place where we can refer and get specific information.

How are we going to discuss the recommendations made by the Working Group? Will somebody introduce them for the discussion of this meeting, or should I do so? This Committee should go through them, one by one, and make recommendations on how to implement them. We should be informed of what actions have already been taken. I believe these were discussed at the Executive Committee Meeting.

Dr. DOUG-DEEN (Trinidad and Tobago): Some of the recommendations in that report dealt with epidemiologic surveillance. However, surveillance should not merely be surveillance of disease, but proper and timely use of information about environmental and entomologic factors. Surveillance should include all the situations, long before an emergency occurs. It is in the course of this information-gathering about the environment, entomologic factors, and the distribution and occurrence of Aedes aegypti infections, that one should take the measures that are required. One should not wait for the disease to strike. Unfortunately, difficulties arise when attempting to convince Governments of this necessity. Those are the difficulties encountered in preventive medicine.

We are in a situation where there is a thin demarcation between dengue virus and the yellow fever virus, and where implications can affect not only research but national interests because of the virus cycle. In a small country like Trinidad and Tobago there is no natural buffer zone. Sylvan jungle yellow fever today could easily be urban yellow fever tomorrow.

One of the problems encountered sometimes in actual Aedes aegypti eradication programs is the failure to apply technologic resources that are adapted to specific and individual needs within countries. Programs should have flexibility. As the picture and the factors change, so must our approach change. This decision may come, for example, from entomologic evaluation. It may be based on the topography or on sociologic factors. Programs are also dependent upon the acceptance of people. Programs like these require active community participation. Communities must be made to realize that health is their responsibility as well, and that they have to participate in the eradication program in order to make it a success.

As has been said in this Conference, the time has come to stop talking and to start acting. What we could possibly discuss, now that the programs are planned, is how we are going to implement them, and what is going to be PAHO's role in intercountry cooperation. Is there not a way to apply now, on a practical basis, the concept of technical cooperation among developing countries? Take, for example, the question of setting up training courses for the personnel involved in Aedes aegypti eradication. A lot of people think that spraying is a very simple job, but it is not as simple as it seems. We must obtain information about insecticides and insecticide resistance.

Notwithstanding the argument of economic difficulties given by many countries, I would like to put forward the following idea: if countries were to embark on an eradication program with a lot of costly spraying equipment, the program would become rapidly successful and the need for this equipment would gradually decrease. They would be left with a lot of vehicles and equipment on their hands. My idea therefore is: would it not be possible to work out through PAHO an exchange system by which this equipment could be used from country to country? As a country's program gets under way and its needs decrease, that country could possibly help other countries that need the elaborate equipment but are unable to afford it.

In summary, the two things I would like us to look at are how to convince our Governments to implement eradication programs and the practical way to exchange information and equipment from country to country.

El Dr. CACERES (Paraguay): Deseo apoyar las expresiones de los Delegados del Brasil y Jamaica. Entiendo que existe gran necesidad de adoptar una decisión continental y la OPS debe motivarla tal como lo sugiere la Delegada de Jamaica. Este grupo debería proponer a la Conferencia una serie de recomendaciones para que la OPS insista ante los Gobiernos Miembros y así modificar quizás decisiones anteriores, en el sentido de que existen Gobiernos que tienen decisiones separadas, no compartidas, en cuanto a la erradicación del Aedes aegypti de sus territorios.

Se ha expresado en algún momento que muchos países o algunos países habían erradicado el A. aegypti de su territorio, antes del DDT. Ahora que disponemos de insecticidas modernos y de mejor tecnología, no lo podemos hacer. Comparto por ello la opinión del Dr. Bica ya que los países que han erradicado el A. aegypti, como el Paraguay, tienen el riesgo permanente de la reinfestación a partir de los países que aun la mantiene, y ello implicaría ingentes gastos para los países, sobre todo los de economía restringida, como el Paraguay, que precisa que los demás países hagan el mismo esfuerzo para que puedan mantenerse libre todas las Américas del permanente riesgo, tanto del dengue hemorrágico como de la fiebre amarilla.

El Dr. CANALES (Nicaragua): Hemos oído con suma atención la información sobre el dengue. Por mi parte debo informar sobre el temor que tiene Nicaragua, porque si es verdad que no tenemos actualmente el dengue, la realidad es que nos hemos reinfestado del A. aegypti en varias localidades. Además, tenemos el riesgo epidemiológico porque hay dengue en nuestro hermano país fronterizo del norte, Honduras.

El llamado es a las puertas de los que tienen para los que tenemos insuficientes recursos y estamos al borde de que el virus llegue. El Dr. Bica fue claro: se necesita muy poco para evitar el riesgo de gastar mucho. Actualmente tenemos insecticidas y equipo insu-

ficiente y ante la necesidad que tenía Honduras le hemos prestado algún equipo. Apoyo, por consiguiente, a la Dra. Moody en el sentido de que este problema lo debemos atacar o ver continentalmente.

El Dr. BICA (Brasil): Evidentemente a responsabilidade básica é dos países. Cada um tem de procurar desempenhá-la da melhor maneira possível. Eu acho que a Repartição Sanitária Pan-Americana deve voltar a ter a importância que teve no passado na luta contra o *A. aegypti*, dando maior atenção ao problema. Se verificarmos o orçamento de 10 anos atrás, observaremos que a percentagem que se dedica a este problema é sempre a mesma--meio por cento. Isto demonstra que não há interesse pelo problema. Fala-se que os governos não se interessam pelo problema, mas creio que uma das funções principais da Repartição é a de estimular os governos e mostrar-lhes onde está o perigo. Ela o faz assim em outros programas, porque não faz neste? É preciso dedicar mais recursos, melhorar a sua estrutura no campo e na sede para atender de maneira satisfatória os pedidos dos governos.

Compete a nós representantes fornecer ao Diretor os recursos de que ele vai necessitar. Infelizmente não estamos presentes na discussão do orçamento onde poderíamos procurar fornecer ao Diretor os recursos de que ele vai necessitar e sem o quais ficará de mãos atadas. O Brasil já foi reinfestado 3 vezes. A primeira, em 1967 nos custou cerca de 2 milhões de dólares para livrar-nos da reinfestação em um pequeno grupo de cidades ao redor de Belém do Pará. A segunda, na Bahia, não sabemos ainda o quanto nos vai custar, mas já excede de 10 milhões de dólares.

Quanto ao comentário feito pelo Representante de Trinidad, esclareço que se se quiser fazer a erradicação, pode-se fazê-la com equipamento simples. O equipamento não é complexo. No Brasil não utilizamos equipamento complexo. Há, entretanto, recursos modernos que podem ser utilizados e que facilitam e aceleram a erradicação, mas se um país não tiver tais recursos, pode fazer a erradicação como está fazendo o Brasil, sem utilizar processos complexos. O Brasil está utilizando hoje o mesmo sistema que utilizou em 1955. Portanto os países que não dispõem de recursos, podem erradicar sem precisar equipamento complicado. Talvez esse equipamento complicado seja uma das razões pelas quais as coisas não funcionam.

É difícil entender a observação do Dr. Chiriboga de que os métodos de controle foram eficazes. Se eles tivessem sido eficazes, não haveria uma epidemia de 2 milhões e 500 mil casos que se propagou a 23 países. Isso consta do relatório do Working Group on Dengue Fever in the Caribbean.

Eu não acredito que os métodos de controle sejam eficientes. Os métodos de controle terão que ser mantidos permanentemente e, para serem eficazes, têm que ser rigorosos e atender a certos princípios que são tipicamente idênticos aos princípios que se deve seguir para a erradicação. Então, porque não fazer um pouco mais de esforço e liquidar de uma vez o problema para ficarmos livres da epidemia e dos programas complexos de vigilância. O comitê do ano passado causou atrasos à campanha e séria confusão aos países. Por isso eu pediria que todos nós começássemos a tomar ação procurando convencer os nossos governos sobre a necessidade de utilizar métodos simples e de pedir que a Repartição tome realmente uma posição de liderança que ela já teve no passado.

O Brasil pode oferecer à Repartição Sanitária Pan-Americana para servir de escola de treinamento porque nós também tivemos que aprender tudo de novo pois todos os nossos técnicos e todo o pessoal de campo já se havia aposentado ou morrido. Tivemos que começar tudo de novo. Ganhamos de volta a experiência anterior e teremos prazer em transmití-la aos demais países do continente.

Dr. JONES (Guyana): Obviously outbreaks of dengue are very expensive affairs. I would like to bring to the attention of the group the need to support recommendations. The outbreak in Guyana brought home to us the fact that there is a dangerous element of complacency in our health programs. We have to fight against people whose sole aim is, perhaps, to

increase the risk and danger of breeding Aedes aegypti. Because of limited funds, the need for these programs is not really appreciated.

One of the things PAHO could do is to stimulate a definite regional program which they could bring to the attention of the policy makers in the countries. Thus the simple implementation measures mentioned by Dr. Bica could be carried out in our countries. Even simple measures at times call for sums of money that may not be forthcoming, and programs will not be implemented if the country does not consider them important.

Dr. DOUG-DEEN (Trinidad and Tobago): I would like to stress that I agree with Dr. Bica that there are simple methods that can be used. I spoke of a little more sophisticated machines in the interest of speeding spraying. It is time to eradicate for two reasons: the definite risk of introduction of the disease and the start of another epidemic, which may very well be yellow fever, and the greater is the risk of insecticide resistance the longer the insecticides are used.

We all agree that in any Aedes aegypti program, one of the important factors is cost reduction. Unless we have community participation--people helping in the plain, common, basic environmental sanitation--it will be difficult for the program to succeed. Hence, I think that in the consideration of methods, a little more than the ordinary basic equipment is commonly needed.

Dr. BICA (Brasil): Concordo com o Dr. Doug-Deen que em casos de emergência há necessidade de utilizar esse equipamento que poderia estar à disposição. A questão é que a emergência ocorre em todos os lugares ao mesmo tempo, como agora, em 23 unidades políticas. A quem se vai dar prioridade? Como se vai utilizar esse mecanismo em caso de emergência? Se se contar com um programa apropriado, não será difícil erradicar o Aedes aegypti em curto período de tempo.

Trata-se de seguir exatamente os esquemas de trabalho, de fazer um trabalho honesto, de verificar se o inspetor sanitário fez aquilo que estava previsto, pois há tendência a falsar certos resultados. Se houver uma supervisão adequada, não haverá dificuldade. Eu proporia que a Repartição Sanitária Pan-Americana reproduzisse o "Report of the Study Group on Aedes aegypti Eradication" proveniente da reunião de 6 de abril. Evidentemente o relatório não é um método de como fazer um programa completo, mas dá uma idéia excelente sobre quais os princípios de uma campanha de erradicação. Assim pode-se erradicar o Aedes aegypti rapidamente, desde que se cumpran todas as normas estabelecidas. Por exemplo, se o ciclo de tratamento for de 2 vezes, porque a duração do inseticida é de 2 meses, não vamos, como propôs o Comitê do ano passado, fazê-lo de 8 meses. Isso deve ser baseado no tempo de duração do inseticida. Ao contrário, é como se tivéssemos de dar um antibiótico de 8 em 8 horas e, por achar mais barato, dá-lo de 24 em 24 horas.

Quanto mais tempo demorarmos, mais tempo teremos para complicar nossa tarefa com o aparecimento do mosquito e sua resistência. O problema deve ser atacado de acordo com esquema bem preparado e não estar sujeito a modificações. Se seguirmos aplicar tal esquema, o resultado será evidente, como já o foi em 1962, em que 80% da área presumivelmente infestada nas Américas estava livre. Já ficaram livres o México, toda a América Central, a Colombia, o Equador, o Peru, a Argentina, a Bolívia, o Brasil e o Uruguai. Alguns países, por exemplo a Bolívia, conseguiram a erradicação ainda no tempo do petróleo. Não havia DDT e a aplicação era semanal. Por que agora, em 1978, nós não podemos fazê-lo? É que nos falta vontade de fazê-lo, única e simplesmente.

Dr. BOND (PASB): Dr. Bica asked a very pertinent question about the current status of the A. aegypti infestations in the Americas. Rather than give you a report on this question, I will refer you to the Dengue Newsletter which has just been distributed. It includes a map of the current status of Aedes aegypti eradication campaigns in the Americas. In brief, it is a rather gloomy picture. In the Caribbean only the islands of Bermuda, Aruba, Saba,

St. Eustatius, and Bonaire are completely free of dengue; the rest of the area is infested. The campaign in Central America, which had been so effective until the recent decade, has obviously not succeeded in preventing the introduction of dengue in the area, and risk to Mexico is important at the moment. The map does not adequately reflect the status of Aedes aegypti infestation in Mexico, which includes most of the Caribbean close to Mexico. The countries of northern South America remain infected. As Dr. Bica has told you, Brazil has suffered three recent reinfestations.

Dr. Chiriboga asked one or two specific questions about the report we presented to you. The sources of mortality data in the report, Dr. Chiriboga, are the authors of the Little report of 1973. A study was made of all the mortality analyses in the dengue epidemics during the last 25 years and estimates of mortality ratios were derived. They are, of course, nothing more than estimates. Some rigid criteria are needed to define exactly the causes of the deaths that occur during a dengue epidemic.

You asked about the plan that the Organization has for organizing surveillance of hemorrhagic fever. There are detailed forms being developed at present and WHO manuals for distribution to all the countries. A procedure for treatment and follow-up exists for occurrences of individual outbreaks, and a short list of things that must be purchased by any country affected by dengue hemorrhagic fever, for the treatment of children, is available on request.

Dr. Moody asked what is being done about the recommendations of the Working Group that met last May. Dr. Bica also raised several points about that report. The recommendations appear on the last page of the report to the Director and the Governing Bodies. This is the first opportunity that any Governing Body has had to read and comment on it, which explains the lack of action to date. Some very concrete actions have been taken since the report was prepared by the Committee in Montego Bay; on the other hand some things have not been done.

In regard to Recommendations 1 and 8, the Governments themselves need to take cognizance of these problems and assume their responsibilities for instituting surveillance, laboratory diagnosis, emergency and epidemic control. Recommendation 8 also urges the countries to consider seriously allocating the adequate resources needed for support of vector mosquito control programs, including A. aegypti eradication. The report makes the strong recommendation that A. aegypti eradication should have top priority in the countries and that it should receive allocation of resources by the countries themselves, recognizing the importance of the disease and the necessary action required in the follow-up.

As PAHO is an organization of the Governments, it obviously has the responsibility of stimulating, coordinating, and promoting these activities. Recommendation 2 is under study and a budgetary item for Aedes-borne diseases is being considered for inclusion in the program and budget of the Organization for the forthcoming year. This should give the subject the stimulation it should have.

There have been other less dramatic but specific actions: the manual for eradication of Aedes aegypti, which is now 25 years old, is being revised, and a new one will soon be prepared. It will include, at Dr. Bica's suggestion, information from the 1970 report, the Aedes aegypti eradication in the 1967 report, and the additional data Dr. Bica provided us from Brazil. Another manual on emergency vector control activities, which were so sadly deficient during the transepидemic, is in preparation. Even though not all countries will immediately eradicate A. aegypti, all countries are at risk of dengue or dengue hemorrhagic fever. They must, therefore, know at least the minimum procedures to be taken for emergency control.

Steps are also being taken for the provision of adequate laboratory reagents to the countries at risk: Workshops have been held in Colombia and another is planned in Puerto Rico to bring the countries up-to-date on the latest information on the diagnosis and detection of dengue fever and on a number of other similar related activities.

The foregoing activities are now in process. However, the Group itself must address the recommendations, since this is the first time they have been brought before a Governing Body. I would hope that your discussions on this matter will continue to address the specific recommendations.

Dr. BICA (Brasil): Gostaria de fazer referência às recomendações feitas pelo Comitê. Dentre as 22 recomendações, a maior parte delas refere-se a estudos de laboratório. Esses estudos de laboratório vão requerer tempo e dinheiro. Um tempo precioso do qual já não dispomos mais e recursos bastante escassos. Pode-se ver a quantidade de "new research and new techniques for rapid detection, identification of dengue virus in diagnosis of dengue". Todas essas recomendações seriam úteis se tivéssemos bastante tempo e nenhuma outra medida para resolver o problema. Mas dispomos dessa outra medida. Por que vamos perder tempo e dinheiro com isso? A principal recomendação para a qual queria chamar a atenção, a de número 8 "... should reconsider allocate adequate resources for the support of vector-mosquito control program including Aedes aegypti". Quer dizer o Aedes aegypti aparece como secundário. O que nos interessa é acabar com o Aedes aegypti. Não temos nada a ver com os outros vetores no momento. Reconheço a importância do problema, mas vamos concentrar nisso agora. O que eu quero indicar é que o Aedes aegypti está em posição secundária.

Dr. MOODY (Jamaica): I would like to thank Dr. Bond for the information he has given us. I am glad to see that some action has been taken on the recommendations of the Jamaica meeting. We do need to regard this as a matter of urgency. There should be more action to implement some of the recommendations in the report and the manual.

Recommendation 1 in the report calls for epidemiologic surveillance to identify an epidemic at the very beginning. This is extremely important. It has been said that we are not going to manage to eradicate A. aegypti from this Region in the immediate future. If this is true, we may well expect another dengue epidemic. Many of us in the Region are now establishing epidemiologic surveillance units in our ministries. We need assistance in determining how to identify an epidemic early and in surveillance measures we should institute in the field. This is a very definite way in which PAHO needs to get down to "brass tacks" to assist us.

In regard to Recommendation 2, there is a heading for A. aegypti in the budget, but I think that we need, under that heading, much more financing, much more emphasis on staff training, training of communities, and community education and motivation. A large part of our problem in these programs comes from the fact that the staff implementing them are not sufficiently well trained and do not have a sufficient understanding of the Aedes-borne disease, and of what they are trying to do with the processes we tell them to implement. We cannot eradicate A. aegypti without the full involvement of the community. We have to educate the community. This means that the community also needs to understand the implications of what we are doing and of the role A. aegypti plays in spread of the disease.

We have found in Jamaica, during the height of the epidemic, that we were able to help people understand, through mass media education and every other way, that the mosquito was carrying the disease. People then were very much more cooperative in the anti-mosquito measures that we took.

Now that the epidemic has passed, the community's interest and enthusiasm has waned. People are not very willing to have us enter their houses again. But, we must somehow educate our staff so that they understand the importance of this measure and communicate it in turn to the community. PAHO should assist us in this endeavor and spearhead the training of staff and community motivation.

As I mentioned earlier, national collaborating centers are important. I wonder whether PAHO is making any move in that direction.

As to Recommendation 4, a standardized case-recording system is important. We are facing the possibility of an occurrence of dengue hemorrhagic fever and need a standardized case-recording system to make real comparisons with that disease and establish definite and specific criteria on dengue-hemorrhagic fever. In Jamaica, some cases of dengue hemorrhagic fever were diagnosed but there was no standardized criteria to agree on the diagnosis. Another dengue epidemic will come, and may well bring hemorrhagic fever. We need standardized criteria for reporting of chemical and laboratory data.

Has PAHO done anything about Recommendation 5 to advise health and appropriate authorities to draw regulations for the shipment of specimens and get them transported expeditiously? Our Governments have to be motivated to understand the importance of making satisfactory financial arrangements.

Regarding Recommendation 9, have we drawn up some arrangements that will facilitate the introduction of emergency measures earlier, as soon as the disease is diagnosed? One of the problems in the Caribbean territories was that, after having diagnosed the epidemic, it took too long to set up emergency control measures.

On some things pertaining to Recommendation 13 we need applied research as we have a number of problems that are specifically of an entomologic nature. We are now conducting a pilot program with a different method of eradication. We have learned through entomologic evaluations, for instance, that in one area A. aegypti rates were almost negligible. However, we obtained large numbers of eggs from the ovitraps. If there are no adult mosquitoes present, how do we explain such large numbers of eggs in the ovitraps? We need advice and help on how to look and how to deal with this issue.

I am happy to hear that workshops are being arranged on laboratory measures, and I hope that we shall soon be hearing of their results.

I would like to hear specific comments from this meeting on the actions that should be taken on these recommendations.

El Dr. TRONCE (Argentina): Hemos recibido hace poco un requerimiento del hermano país de Honduras sobre la provisión de insecticida para luchar contra el dengue. Quiero mencionar que hubo algunas pequeñas demoras debido a que la información no fue lo suficientemente completa y me permito sugerir la conveniencia de que se especifique la cantidad de litros, la cantidad de insecticida que se requiere, la vía de entrega y que los requerimientos de un país a otro se hagan, no solamente por la vía diplomática, que a veces es un poco lenta, sino también directamente a las autoridades sanitarias que tienen generalmente más agilidad para interpretar estos problemas.

El PRESIDENTE (haciendo uso de la palabra como Delegado de Honduras): Para concluir este tema quiero hacer nada más una pequeña alusión a las palabras del Delegado de Nicaragua, de lo que poco o nada que tenemos para estas campañas. Quiero aprovechar aquí públicamente la ocasión de agradecer en nombre de mi Gobierno y del pueblo de Honduras la enorme ayuda que nos prestó la Argentina, nos prestó Nicaragua y nos prestó el Reino Unido en la epidemia del dengue.

Dr. MOODY (Jamaica): Mr. President, do I understand that this discussion is now closed and that no specific recommendations will be made by this group? If so, I would like to raise an objection.

El PRESIDENTE: Quiero aclararles que tenemos la Relatoría, la cual va a elaborar las recomendaciones de todo lo que acá se ha discutido. Se va a tomar en cuenta todo lo que se ha hablado y se va a sacar una resolución final que será discutida acá y luego será presentada ante la plenaria.

Dr. MOODY (Jamaica): We really did not come to any consensus of opinion as to what we want to recommend specifically. We need a lot of exchanges before specific recommendations can be made.

El PRESIDENTE: Después del café vamos a analizar su punto de vista para las recomendaciones y resoluciones finales.

The session was suspended at 10:55 a.m. and resumed at 11:25 a.m.
Se suspende la sesión a las 10:55 a.m. y se reanuda a las 11:25 a.m.

Dr. MOODY (Jamaica): Mr. President, during the recess I discussed with the Secretary and the Rapporteur the recommendations I would like to see made from this meeting. I have requested that in the preamble to the recommendations, specific reference should be made to the report of the Working Group which took place in May of this year in Montego Bay, Jamaica. We discussed the general recommendations covering most of the points here, but I asked specifically for clarification on the program and budget estimate; it is obscure. If we have a heading on Aedes aegypti eradication, there should be another item that is not just eradication to encompass the dengue and yellow fever and give a total picture of the situation. The Rapporteur is drafting a resolution that will include this point. He will also cover Recommendation 3, which needs specific suggestions from this Conference for the setting-up of the national collaborating centers, for epidemiologic surveillance, and for early identification of the coming of an epidemic.

El PRESIDENTE: Serán tomadas en cuenta todas sus recomendaciones, Dra. Moody.

Dr. ALEXIS (Grenada): We fully support the recommendations initiated by the Jamaican Delegate. I would like to give a little account of the A. aegypti spread in Grenada, which we were instructed was coming from one of the smaller islands, to show what recurrence could mean and the need for a global regional approach to the question. In 1953 we started, with the assistance of PAHO/WHO and UNICEF, an insect control program, the primary objective of which was to get rid of A. aegypti and to control malaria. We were very successful in our initial stages, and by the end of 1956 the Grenada mainland was free of A. aegypti. The program lasted three years. We used DDT, in a six-month cycle spray, and remained mosquito free, except for a small pocket of resistant mosquitoes in one of the islands off the coast, which is part of Grenada. The mainland remained free from A. aegypti for a period of about 10 years.

It was not until 1967 that we first noticed a reinfestation with this mosquito. In 1970, with the help of PAHO/WHO, a program was formulated on the basis of A. aegypti eradication. In 1971 the State of Grenada began operations toward that end. The treatment was perifocal. During the first program we had done a house-to-house spraying on an islandwide basis. Because we are a small place, we could manage this step. In the second attack, a perifocal method was adopted. The initial survey at that time showed an A. aegypti index of 27 per cent. By 1977, when the big outbreak was going on, we had an index of 3.2 per cent. There was a tremendous drop caused by our own efforts, with the help, guidance, and technical assistance of PAHO/WHO. We are still engaged in an active program of A. aegypti eradication. We have relied heavily upon our laboratories, and we have had much help from the Caribbean Epidemiology Center, where we send our specimens. A CAREC representative comes here, and now our technicians at the laboratory know the technique involved. We have been fortunate to have on the spot a retired PAHO/WHO consultant in malaria and A. aegypti, and we have been able to initiate very early methods to control the infection.

Despite the fact that the A. aegypti index was clear at one point, we have suffered from reinfestation. Notwithstanding the unusual care of ports, water containers, vessels, ports between Trinidad and Grenada, and the French Islands, the mosquito was reintroduced. We feel this is clearly a matter for global action, coordinated by the Governments through PAHO/WHO, among the islands.

We have not noticed any cases of hemorrhagic fever, and the numbers of cases of fever have been relatively few, but, of course, reporting is difficult. Very often our diagnosis is based upon clinical findings of doctors who think the disease is influenza. During the outbreak, it was therefore difficult to rely on figures. We strongly recommend the sort of measures proposed by the Jamaican Delegation, to have some action by PAHO/WHO to stimulate the Governments to take positive measures in the neighboring islands, Central America, and parts of South America.

We therefore ought to support the motion to have some positive recommendations from this Committee to emphasize the importance we feel the A. aegypti program has on the bearing of the well-being and livelihood of the people in our countries.

El Dr. JUAREZ (Guatemala): Aunque parezca redundancia, creo que no es malo continuar hablando del problema, pues es evidente la amenaza que el dengue representa para nuestros pueblos. Estoy muy de acuerdo con la opinión del Dr. Bica, cuando dice que debe erradicarse el A. aegypti de las Américas, y mucho más de acuerdo aun con la opinión del Delegado de Colombia cuando dice que esta erradicación debe hacerse en forma simultánea.

Desafortunadamente, los presupuestos de nuestros pueblos no son los mismos, y algunos, me refiero al presupuesto financiero, carecen de mucho. Yo creo que de esta reunión debería salir una sugerencia o una recomendación en la cual sea la OPS quien tome cartas en el asunto, para que ella sea la iniciadora de este programa de erradicación en las Américas. Quizá no hay que esperar a que los pueblos soliciten ayuda. El problema realmente es de gran magnitud, es de mucha trascendencia, pero afortunadamente creo que es muy vulnerable.

Dr. BOND (PASB): The debates on this topic have been very profitable. I am sure the resolution that will be presented to you after the Rapporteur has had a chance to draft it will cover most of the pertinent points brought up in the discussion. I would like to reemphasize that the eradication of A. aegypti is not just the responsibility of PAHO; it is the responsibility of all the Governments that are Members of PAHO. With the combined approaches from the Governments and from the Organization, it should be possible to make some kind of an impact on the problem of A. aegypti-borne diseases, which show every indication of becoming worse rather than getting better in the next decade.

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 INTERES PARA EL COMITE REGIONAL DE LA OMS PARA LAS AMERICAS

El Dr. ACUÑA (Director): En la 80a Reunión del Comité Ejecutivo (26 de junio-6 de julio de 1978), estas resoluciones fueron de especial importancia en vista de que no habían sido estudiadas por los Miembros del Comité. Algunos de ellos hicieron comentarios al respecto y las resoluciones que consideramos más importantes fueron adicionadas, con una o dos más que el mismo Comité resolvió se hicieran conocer a la Conferencia.

De acuerdo con esta revisión del Comité, me referiré primero a la Resolución WHA31.3, "Nombramiento del Director General". Como ustedes saben el Dr. Mahler fue reelecto por un segundo período de cinco años a partir de julio de este año. La resolución se refiere simplemente a eso.

La Resolución WHA31.11, "Desarrollo de la evaluación del programa de salud", es de importancia sobre todo para los países de las Américas que han expresado repetidamente la necesidad de evaluar programas antes de iniciar o de planificar actividades nuevas. Quiero llamar la atención sobre el punto resolutivo tres que insta a los Estados Miembros a que introduzcan progresivamente dicho proceso en la evaluación de los servicios y de los programas nacionales de salud. Desde nuestro punto de vista, esto confirma el proceso que se está lle-

vando a cabo en las Américas desde hace algún tiempo y que ahora está matizado con el nuevo sistema de programación y evaluación iniciado el año pasado: el AMPES.

La Resolución WHA31.12, "Programación sanitaria por países" ha sido motivo de que varias delegaciones de los países de las Américas, tanto en el Consejo Ejecutivo de la OMS como en la Asamblea Mundial, hayan hecho ver que en las Américas esta actividad la englobamos dentro de un proceso mucho más amplio; el de planificación del sector salud como parte del desarrollo social y económico de los Gobiernos Miembros. De aquí que la programación viene siendo meramente parte de un gran proceso mucho más amplio y de mucha mayor envergadura; sin embargo, la resolución habla por sí misma, recomendando a los Estados Miembros--a aquellos que no lo han hecho, desde luego--que introduzcan e intensifiquen el proceso de programación. No quisiera entrar en más detalles acerca de esto puesto que se trata de un proceso que tiene ya tradición en las Américas. La planificación fue iniciada hace más de 15 años en la Región de las Américas y afortunadamente no hay país que no pueda decir con orgullo que tiene planificadores dentro del sector salud.

La Resolución WHA31.13, "Documentación e idiomas de la Asamblea de la Salud y del Consejo Ejecutivo" es especialmente importante puesto que fue originada por una petición, en nombre de los países de habla española, del representante permanente de España ante las Naciones Unidas en Ginebra, ya que se temía que el proceso de traslado del Centro de Documentación e Información en español de Ginebra a México se pudiera confundir con una supuesta idea de suprimir el español como idioma oficial de la OMS. Los países latinoamericanos y España, entre otros, auspiciaron esta resolución que simplemente reafirma que la OMS seguirá contando al español entre sus idiomas oficiales y de trabajo.

La Resolución WHA31.16, es sobre todo importante para cada uno de los países en forma individual, puesto que enumera el porcentaje de contribuciones de cada uno de los países para el ejercicio de 1979. Ustedes encontrarán su propio país dentro de estos porcentajes y desde luego al presupuesto, que veremos un poco más adelante se le aplica el porcentaje correspondiente a cada país.

La Resolución WHA31.17, también es de importancia para el Comité Regional, en vista de que ha sido tradicional que el Comisario de Cuentas o Auditor Externo que elige la Asamblea Mundial de la Salud sea considerado por la Conferencia Sanitaria Panamericana para designarlo también como Comisario de Cuentas o Auditor Externo de la OPS. En uno de los puntos del programa de esta Conferencia está incluido el nombramiento o elección del Auditor Externo o Comisario de Cuentas que corresponde precisamente al mismo individuo ya nombrado por la OMS según esta resolución.

La Resolución WHA31.20, "Desarrollo de sistemas de información sanitaria", ha sido de importancia también para la Región de las Américas y en esta resolución se pide al Director General, que en estrecha colaboración con los Gobiernos Miembros, establezca principios aplicables a los sistemas nacionales de información sanitaria. Quiero mencionar que en el sistema de programación y evaluación el AMPES, a que me refería anteriormente, este sistema de información se considera esencial y forma parte del mismo. En otras palabras, no tenemos interés en desarrollar un sistema de información independiente, que fuera como una obligación más que tuviéramos que imponer a los Gobiernos para proporcionar la información que requiere la Organización y los demás Estados Miembros, para estudiar los datos en forma comparativa. Nosotros creemos que con el sistema AMPES, será al mismo tiempo posible obtener la información tanto que requieran los Estados Miembros como la OPS y la OMS inclusive. De tal manera que creemos que hemos dado un paso más de lo que solicita la OMS en este sentido.

La Resolución WHA31.22, "Resolución de apertura de créditos para 1979", establece el presupuesto efectivo de la OMS para 1979 en EUA\$182,730,000, al cual se le aplicará la escala y porcentaje de la escala de contribuciones a que hiciera referencia en una resolución anterior.

Interesante y muy importante es la Resolución WHA31.23, "Proyecciones presupuestarias provisionales para el bienio 1980-1981", que de acuerdo con la resolución de la Conferencia también nos servirá para establecer nuestras proyecciones para el primer bienio de la OPS que corresponderá exactamente a este bienio.

La Resolución WHA31.27, "Estudio orgánico sobre la función de la OMS en el plano nacional, y en particular la función de los representantes de la OMS", es importante en vista de que en ella, la Asamblea Mundial de la Salud hizo hincapié en que las funciones de los representantes de la OMS deben ser menos diplomáticas y representativas y más técnicas y administrativas. Es para nosotros también muy honroso manifestar a ustedes que en el proceso de reorganización o descentralización de las funciones, hemos dado más autoridad administrativa y técnica a nuestros representantes en el campo, de tal manera que en esa forma estamos siguiendo una recomendación que ahora hace la OMS. La OMS ha recomendado también en esta resolución que los representantes de la OMS cambien su título por el de coordinadores de programas. Hay una resolución, a la que me referiré un poco más adelante, que indica al Director General y al Consejo Ejecutivo de la OMS que continúen estos estudios orgánicos sobre las funciones de la OMS, que creo nos dará más luz para que eventualmente la OPS vuelva a examinar esta resolución y tome alguna determinación acerca de si seguimos este principio, cuya función, repito, está bien clara y precisa para nosotros y fue adoptada hace ya un par de años. Lo que correspondería en todo caso a la Conferencia o al Consejo Directivo, es estudiar el cambio de denominación de nuestros representantes por el de coordinadores de programas, pero yo tendré el placer de presentar a nuestros Cuerpos Directivos un documento sobre este particular en un breve plazo.

La Resolución WHA31.31, es importante puesto que se refiere especialmente a la Resolución WHA29.48 de la 29a Asamblea Mundial de la Salud, que impone al Director General la necesidad de descentralizar de la Sede en Ginebra varias actividades, en beneficio de los programas de cooperación técnica directa a los países. Como ustedes recordarán esta resolución y otras que han seguido imponen al Director General de la OMS la obligación de recortar 363 puestos de la Sede en Ginebra. Por medio de esta resolución, la Asamblea conoce los informes del Consejo Ejecutivo de la OMS sobre la vigilancia efectuada en la aplicación de esta resolución y recomienda al Consejo Ejecutivo de la OMS mantener esta vigilancia, para que la Resolución WHA29.48 y otras sean puestas en ejecución.

La Resolución WHA31.32, "Programa de actividades en relación con los medicamentos esenciales", se refiere básicamente a la adopción de una lista esencial de medicamentos, la cual ustedes analizaron en detalle durante las Discusiones Técnicas. Hay una serie de recomendaciones que el Director General está aplicando y ustedes obviamente también.

La Resolución WHA31.33, "Política y gestión farmacéuticas", es también referente al mismo tema, y especialmente a plantas medicinales. Esta resolución ha sido resultado del informe final de las Discusiones Técnicas en la Asamblea.

La Resolución WHA31.34, "Programa de actividades en relación con la tecnología apropiada para la salud". Este tema fue uno de los aspectos importantes tratados por la Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas, celebrada en Washington, D.C., el año pasado, adoptada después por el Consejo Directivo, y vuelta a tratar recientemente en la Reunión de Alma Ata sobre servicios primarios de salud. Se pide simplemente al Director General que intensifique este programa.

La Resolución WHA31.35, "Fomento y coordinación de las investigaciones sobre cuestiones biomédicas y sobre servicios de salud", recomienda en términos generales al Director General que intensifique los que el representante del Comité Asesor de la OPS sobre Investigaciones Médicas, el Dr. Alleyne, mencionó en su breve informe a la Conferencia. Es decir, la necesidad de efectuar lo que se denominan investigaciones operativas; se recomienda a los Estados Miembros que intensifiquen estas actividades y al Director General que fortalezca las mismas.

La Resolución WHA31.37, "Programa especial de investigaciones y desarrollo y formación de investigadores en reproducción humana", corresponde a un programa llevado a cabo desde hace varios años por la OMS, en forma directa, con investigadores e instituciones de investigación en este campo. Esta resolución se debe a que dicho programa ha sido objeto de críticas por parte de algunos Gobiernos, en vista de que los Gobiernos mismos no han sido informados en ocasiones sobre estas actividades. Se recomienda con esta resolución que, así como ocurre con el programa de investigaciones y formación de investigadores en enfermedades tropicales, el programa en reproducción humana siga sus principios políticos esenciales y administrativos para que los Gobiernos participen activamente y estén al día acerca de estas actividades de investigación que la OMS lleva a cabo, sobre todo con aportaciones de fondos extrapresupuestarios.

La Resolución WHA31.39, "Coordinación con el Sistema de las Naciones Unidas: Asuntos generales", reitera al Director General que tome las medidas necesarias para que la OMS colabore plenamente en la reestructuración de los sectores económico y social del sistema de las Naciones Unidas, en el marco del Comité Administrativo de Coordinación y de otros órganos, lo que en pocas palabras quiere decir que las cuestiones administrativas relacionadas con reglamentos financieros, actividades administrativas, reglamentos de personal, etc., se establezcan dentro de un sistema común y uniforme para todas las Naciones Unidas, a través de este Comité Administrativo de Coordinación.

También se pide que el Director General contribuya en la mayor medida posible, dentro de los límites del presupuesto por programas aprobados de la OMS, al éxito del Año Internacional del Niño, del Año Internacional de los Impedidos y de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Ciencia y Tecnología para el Desarrollo, de acuerdo con los lineamientos generales que se establezcan en ese Comité Administrativo.

La Resolución WHA31.40, se titula "Coordinación con el Sistema de las Naciones Unidas: Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Agua", conferencia a la cual ya se ha hecho mención. En esta resolución se pide al Director General que intensifique la cooperación técnica con los Estados Miembros en la preparación del Decenio Internacional del Agua Potable y del Saneamiento Ambiental, actividad que el Director General ha iniciado y que en la Región de las Américas igualmente hemos iniciado ya con la participación muy activa de varios Gobiernos.

La Resolución WHA31.41, se titula "Cooperación técnica entre los países en desarrollo". Como ustedes recordarán, la Región de las Américas ha sido designada el punto focal para esta actividad por el Director General de la OMS y con esa responsabilidad hemos contribuido a la elaboración de los dos documentos básicos que sirvieron para la Conferencia Internacional de Cooperación Técnica entre Países en Desarrollo, celebrada a principios de septiembre en Buenos Aires. Esperamos que el plan de acción que ha salido después de esa conferencia, sea ampliamente distribuido y estudiado después por las Naciones Unidas y tenemos la seguridad de que el plan de acción refuerza lo que ya el Director General ha iniciado en este campo, por lo que será relativamente fácil para la OMS, y desde luego para la OPS, encuadrar los programas de cooperación técnica para el futuro.

La Resolución WHA31.42, "Educación popular sobre salud de la comunidad", menciona que es necesario que el Director General colabore con los Estados Miembros en el perfeccionamiento de una tecnología educativa apropiada para conseguir la participación activa de las comunidades en el desarrollo de la salud. Le pide al Director General que promueva el establecimiento y el desarrollo de actividades de educación para la salud y que recabe fondos extrapresupuestarios para el establecimiento y desarrollo de actividades de educación para la salud, incluyendo cursos populares de salud.

La Resolución WHA31.43, "Proceso de gestión para el desarrollo sanitario", también la consideramos de importancia para este Comité Regional. Recordarán que en la Región de las Américas también tenemos una larga historia en este campo. En el mes de julio se celebró el XV Seminario sobre estas actividades administrativas para el desarrollo sanitario en la Región de las Américas.

La Resolución WHA31.44, "Programa de lucha contra las enfermedades diarreicas", también es de importancia para ustedes. En la discusión del programa y presupuesto se hace hincapié en algunas actividades que nosotros estamos cumpliendo. En el informe sobre las actividades llevadas a cabo por la OSP en los últimos cuatro años se hace hincapié también en algunas actividades que se están desarrollando en este respecto.

La Resolución WHA31.45, "Estrategia de la lucha antipalúdica", ha sido también motivo de discusión por la Conferencia. Aunque la Asamblea Mundial de la Salud le pide al Director General que estimule o refuerce la cooperación técnica de la OMS con sus Estados Miembros y la de estos últimos entre sí, para el pronto desarrollo y la eficaz ejecución de los respectivos programas antipalúdicos, creemos que lo que la Conferencia ha discutido en esta Comisión es mucho más avanzado que lo que la OMS está proponiendo aquí.

La Resolución WHA31.47, "La función del sector de la salud en el desarrollo de políticas y planes nacionales e internacionales de alimentos y nutrición, con referencia especial a la lucha contra la malnutrición", aunque extremadamente importante, en la Asamblea Mundial de la Salud se consideró en muchos aspectos repetitiva. Quizás conviniera encontrar formas más prácticas para que las resoluciones en el campo de la malnutrición, tanto dirigidas a los gobiernos, a la OMS, como a otros sectores, pudieran ser más precisos. Obviamente esta resolución está dirigida a los Estados Miembros para que apoyen y promuevan, intensifiquen, y aceleren sus actividades contra la malnutrición y al Director General para que colabore en los esfuerzos de los Estados Miembros.

La Resolución WHA31.48, "Prevención y lucha contra las zoonosis y las enfermedades transmitidas por alimentos de origen animal", es una de las primeras que se han presentado en este campo en la Asamblea Mundial de la Salud e invita a los Estados Miembros a que establezcan y apliquen programas de alcance nacional, y al Director General a que siga reorientando ciertas actividades. Es conveniente recordar que la Región de las Américas no solo lleva a cabo actividades que son modelos para otras regiones en este campo, sino que inclusive sostiene un Centro Panamericano de Zoonosis en Buenos Aires con la muy valiosa colaboración del Gobierno de la República Argentina.

La Resolución WHA31.49, "Problemas del medio humano: higiene de los alimentos", pide que se desarrolle el programa de inocuidad de los alimentos de conformidad con las directrices expuestas a grandes rasgos en el informe, en colaboración con las autoridades nacionales y con los demás organismos y programas interesados de las Naciones Unidas, y que se informe a la 32a Asamblea Mundial de la Salud sobre el desarrollo de dicho programa.

Dentro de las actividades de coordinación con el sistema de las Naciones Unidas, la Resolución WHA31.51, se refiere a "Actividades financiadas con fondos extrapresupuestarios en el Sistema de Naciones Unidas". Creo que esto también es de interés para el Comité Regional puesto que el informe del Director General se refiere a las actividades financiadas en el sector salud en beneficio de los países, con fondos provenientes del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, el UNICEF, el Fondo de las Naciones Unidas para Actividades en Materia de Población, el Fondo de las Naciones Unidas para Fiscalización del Uso Indebido de Drogas, el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente, el Banco Mundial y otras organizaciones. En esta resolución se agradece la participación del PNUD y del Banco Mundial en el Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales y se pide al Director General que siga promoviendo estas actividades con fondos extrapresupuestarios en beneficio de los países.

La Resolución WHA31.53, "Programa Ampliado de Inmunización", reconoce la importancia de este programa. Insta a los gobiernos a que lo utilicen y a la OMS a que refuerce las actividades en este campo.

En la Resolución WHA31.54, la Asamblea Mundial de la Salud discutió la situación actual y certificación de la erradicación de la viruela. Se ofrece una recompensa de EUA\$1,000 (un

mil) para la primera persona que, en el período precedente a la certificación definitiva de la erradicación mundial, notifique un caso activo de viruela resultante de una transmisión de persona a persona y confirmado mediante pruebas de laboratorio.

La Resolución WHA31.55, "Salud de la madre y el niño", se refiere entre otras cosas al Año Internacional del Niño que empezará el 1 de enero de 1979. También se refiere a que las actividades que pudieran ser financiadas con fondos del UNICEF para promover el Año Internacional del Niño, sean actividades que contribuyan a la meta social de la OMS, "Salud para todos en el año 2000".

Por último, la Resolución WHA31.58, "Lucha contra las treponematosis endémicas", también se ha ligado en cierta forma con el Año Internacional del Niño y obviamente para la Región de las Américas este asunto tiene especial importancia, sobre todo tomando en cuenta las treponematosis americanas. Se insta a los Estados Miembros a que organicen y pongan en ejecución programas integrados de lucha contra las treponematosis, con especial énfasis en la vigilancia epidemiológica e informen a la OMS periódicamente, y al Director General a que promueva estas actividades.

Estas son las resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en mayo pasado, de mayor importancia para el Comité Regional de las Américas. Obviamente hubo otras resoluciones que no dejan de ser importantes, pero pensamos que esta breve revisión de estas resoluciones adquiere singular importancia para el Comité Regional de las Américas.

El Dr. EGAS CEVALLOS (Ecuador): Quiero, en primer lugar, agradecer el informe tan completo y tan sintético y rápido que se nos ha dado sobre el tema que estamos tratando y también para coincidir con el Director de la OSP en lo que podría ser un denominador común. Es de notar claramente el grado de adelanto que parece existe en las naciones de las Américas en diferentes aspectos de la planificación, la ejecución de programas, el control de diversos problemas, etc., en relación con el resto de Regiones. En el aspecto de planificación deseo destacar que ha habido un hecho fundamental que seguramente ha influido en forma definitiva para que la salud en las Américas haya tenido el curso que estamos observando. Nuestros países adoptaron una decisión en términos del Plan Decenal de Salud 1972-1981 que se está realizando. Se están siguiendo los principios, las metas y objetivos y estrategias planteados en el Plan Decenal de Salud para las Américas, pero no solamente en el aspecto de planificación, sino que siguiendo con la adecuación del sistema, se ha realizado una evaluación concreta en 1976 cuyos resultados son realmente alentadores. Con una cobertura de más de un 80% de países en la información para esta evaluación, los datos son muy significativos en lo que se refiere a la participación de la OPS y de la Oficina a fin de que los países actúen con un criterio realmente uniforme en muchos aspectos. Continuemos definiendo los logros conseguidos, las metas alcanzadas, tanto en la aplicación de estrategias como de acciones, así como también los programas realizados. Por todo ello, el desarrollo y adelanto de nuestros países me parece ampliamente satisfactorio.

The session rose at 12:20 p.m.
Se levanta la sesión a las 12:20 p.m.

FOURTH SESSION
CUARTA SESION

Monday, 2 October 1978, at 2:45 p.m.
Lunes, 2 de octubre de 1978, a las 2:45 p.m.

Chairman:

Presidente:

Dr. Manuel O. Suazo

(Honduras)

El PRESIDENTE: Al transcurrir 15 minutos después de la hora de comienzo sin quórum, el Artículo 15 del Reglamento Interno de la Conferencia que el Secretario leerá, nos autoriza iniciar la sesión.

El SECRETARIO: De acuerdo con el Reglamento Interno de la Conferencia, el Artículo 15 estipula que "una mayoría de las delegaciones que participen en la Conferencia, con derecho a voto, constituirá quórum en las sesiones plenarias, siempre que el número de delegaciones presentes no sea menor de doce".

El PRESIDENTE: Quisiéramos saber si están de acuerdo con iniciar la sesión de esta tarde. Levanten la mano los que están de acuerdo en que se abra la sesión.

It was so agreed.

Así se acuerda.

CONSIDERATION OF PENDING PROPOSED RESOLUTIONS
CONSIDERACION DE PROYECTOS DE RESOLUCION PENDIENTES

ITEM 30: CONTROL VS. ERADICATION IN MALARIA PROGRAMS (conclusion)
TEMA 30: CONTROL VS. ERRADICACION EN LOS PROGRAMAS DE MALARIA (conclusión)

Dr. KEY (United Kingdom, Rapporteur): The proposed resolution on this item reads as follows:

THE XX PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Having examined the document on control vs. eradication in malaria programs (Document CSP 20/9 and Addendum);

Bearing in mind 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 epidemiologic situation of malaria has worsened in certain areas of the Americas, with repercussions unfavorable to 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 urge the Governments to undertake promptly epidemiologic studies that will facilitate the change in strategy, the establishment of priorities, and the estimation of costs.
3. To request the Governments to give sufficient national priority to the malaria program to ensure the necessary financing.
4. To ask the Director to intensify, with assistance from the WHO Special Program for Research and Training in Tropical Diseases, the Organization's technical cooperation with the Governments in applied research and training activities.

LA XX CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el documento sobre control vs. erradicación en los programas de malaria (Documento CSP20/9 y addendum);

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. Instar a los Gobiernos para la pronta realización de estudios epidemiológicos que faciliten el cambio de estrategia, la fijación de prioridades y la estimación de costos.
3. Solicitar a los Gobiernos que concedan la suficiente prioridad nacional al programa de malaria para conseguir el financiamiento necesario.
4. Pedir al Director que, con el apoyo del Programa Especial de la OMS de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales, intensifique la cooperación técnica de la Organización con los Gobiernos en las actividades de investigación aplicada y adiestramiento.

El Dr. EGAS CEVALLOS (Ecuador): Quisiera manifestar nuestro aprecio por el trabajo de la Relatora. Sin embargo, me permito manifestar que durante las intervenciones que tuvimos se manifestó claramente nuestro anhelo para que en alguna forma se pudiera expresar que el año 1980 pudiera ser interpretado como el año de inicio de una acción frontal de lucha contra la malaria de las Américas.

Al mismo tiempo se sugirió como estrategia el que en alguna forma se pudiera orientar el trabajo de la Tercera Reunión de Servicios de Erradicación de la Malaria, que se realizará en México, en 1979, con objeto de formular un plan en escala continental. Con estos antece-

dentés, me permito someter a su consideración y de la Sala, las siguientes reformas a la resolución en la siguiente forma.

El artículo primero seguiría tal como está. A continuación habría un artículo que diría, "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".

El artículo tercero, que sería el segundo de la Resolución que estamos votando, diría, "instar a los Gobiernos para la pronta realización de estudios epidemiológicos, que faciliten la adopción de nuevas estrategias" y a continuación los elementos que ya forman parte de ese artículo. Como número 4 sería el número 3 de la resolución y a continuación un artículo adicional que diría "solicitar al Director que al organizar la Tercera 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". Como último artículo quedaría el cuarto que está formando parte del proyecto.

Me permito sugerir eso y si usted desea podrían hacer cursar a cargo de la Relatora para que se adecúe en caso de ser aceptado.

Dr. MOODY (Jamaica): I do not think that this proposed resolution reflects the concern of several countries about reinfestation where malaria has already been eradicated. I would like to discuss whether we could add a paragraph that would express this concern. I would ask that a method be looked into and recommendations made for possible quarantine as well as educational and other kinds of measures; that is, we might look into prevention of reinfestation and the alerting of travellers to the dangers of reinfestation by some quarantine measures.

El Dr. MICHELSEN (Colombia): Yo estoy de acuerdo con lo expresado por el Dr. Egas, y apoyo su cambio a la resolución porque considero de mucha importancia, como tuvimos oportunidad de escucharlo y tal vez de decirlo durante las deliberaciones de este tema, que se empiecen a adoptar medidas y tal vez designar el año 1980 nos ayude para este propósito.

El Dr. JUAREZ (Guatemala): Quiero hacer uso de la palabra para apoyar la moción presentada por el Dr. Egas del Ecuador.

El Dr. GUZMAN (Chile): Es solo para señalar también nuestro apoyo a la proposición del Dr. Egas, del Ecuador, y creo que si nadie se opone, podríamos aprobarlo ya.

El PRESIDENTE: Realmente con las palabras de la Dra. Moody, me gustaría que nuevamente nos diera su opinión, y si ella está completamente de acuerdo para que se redacte como el Dr. Egas lo ha propuesto, o quiere ella añadir algo más.

Dr. MOODY (Jamaica): My concern on this question specifically involves the problem of reinfestation or reintroduction of malaria.

El PRESIDENTE: Si tiene alguna sugerencia específica nos gustaría recibirla por escrito para que la Relatora tome nota y vamos a permitirle al Ecuador que, si es posible, repita su planteamiento.

El Dr. EGAS CEVALLOS (Ecuador): Entiendo que no es reformar lo que está planteando la Delegada de Jamaica, sino adición a la proposición nuestra que acepte para que la Relatora lo incluya en la resolución. No creo que sería motivo de discrepancia. Por el contrario, complementa y perfecciona la proposición que hemos hecho. Estoy de acuerdo, Sr. Presidente.

El PRESIDENTE: Preguntamos a la Asamblea si acepta las enmiendas o los agregados propuestos, para que lo redacte la Relatora y llevarlo a la Asamblea General.

It was so agreed.
Así se acuerda.

- ITEM 23: REPORT ON THE XI INTER-AMERICAN MEETING, AT THE MINISTERIAL LEVEL, ON FOOT-AND-MOUTH DISEASE AND ZOOSES CONTROL (conclusion)
TEMA 23: INFORME SOBRE LA XI REUNION INTERAMERICANA AL NIVEL MINISTERIAL, SOBRE EL CONTROL DE LA FIEBRE AFTOSA Y OTRAS ZONOSIS (conclusión)

Dr. KEY (United Kingdom, Rapporteur): The proposed resolution on this item reads as follows:

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 CSP20/20);

Recognizing the rising demand for technical cooperation of the Organization in animal health and veterinary public health from Member Countries carrying out programs for the prevention, control, and eradication of foot-and-mouth disease and the 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 CSP20/20).
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 accomplished thus 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 CSP20/20);

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 CSP20/20).
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 NONGOVERNMENTAL ORGANIZATIONS (continuation)

TEMA 28: MECANISMO PARA EL ESTABLECIMIENTO DE RELACIONES OFICIALES DE LA OPS CON ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES (continuación)

Dr. KEY (United Kingdom, Rapporteur): The proposed resolution on this item reads as follows:

THE XX PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Recalling that the XIV Pan American Sanitary Conference adopted Resolution XXVIII 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 the above-mentioned Resolution XXVIII;

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:

1. To adopt the following procedures for the establishment by the Pan American Health Organization of official relations with inter-American nongovernmental organizations:

1.1 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.

1.2 To this end, the inter-American nongovernmental organization must submit with its application the following supporting documentation:

1.2.1 Certified copies of its charter and by-laws.

1.2.2 Certified copies of the charters and by-laws of its affiliates in the Hemisphere.

1.2.3 An authenticated copy of the proceedings in which the governing body was elected and of the authorization of the assembly to establish relations with PAHO.

1.2.4 A copy of the most recent periodic report on its activities.

1.3 The Executive Committee of PAHO will appoint a standing subcommittee composed of three members, one of whom will be rotated each year to ensure the continuity of the subcommittee's functions.

1.3.1 The Director of PASB will forward to the standing subcommittee the applications for recognition and supporting documents received from inter-American nongovernmental organizations.

1.3.2 If the documentation received is not sufficiently complete or satisfactory, the Director will also inform the subcommittee of the steps that have been taken.

1.3.3 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.

1.4 When the applications received have been properly reviewed, the standing subcommittee will make its recommendations to the Executive Committee on the recognition 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.

1.5 Once it has considered the standing subcommittee's recommendations, the Executive Committee will decide whether or not to authorize relations with a given organization.

1.6 Every year the Chairman of the Executive Committee will convey the decisions taken to the Directing Council or the Pan American Sanitary Conference.

1.7 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.

1.8 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.

2. To establish that the status of official relations with PAHO shall confer on an inter-American nongovernmental organization the following privileges:

2.1 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.

2.2 Active participation in the Technical Discussions that take place in the meetings of the Directing Council or the Conference.

2.3 Access to nonconfidential documentation related to matters of interest to it.

2.4 Collaboration, when requested by the Chairman of the Executive Committee, in the programming of joint activities in health matters of common interest.

2.5 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.

3. To recommend, in regard to other inter-American and national organizations not directly concerned with health but which occasionally or regularly carry on operations in the health field:

3.1 That these organizations be encouraged to prepare and submit to the Director statements or inventories of their particular capabilities, accompanied by an explanation of how their cooperation can be mobilized in case of need.

3.2 That the Executive Committee screen these submissions for relevance and appropriateness before circulating them to Member Governments, which, when emergencies arise, can then seek the kinds of cooperation and assistance that, in their judgment, will best support their own national programs for dealing with the emergency.

3.3 That, in due course, the Executive Committee review in greater detail the subject of official relations with other inter-American and national organizations.

3.4 That national professional bodies be encouraged to join together in international organizations that can serve as vehicles for support to health actions and as clearinghouses for exchanges of experience.

3.5 That fullest recognition be extended and support provided to the action of both new and existing international organizations."

LA XX CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Recordando que la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana aprobó la Resolución XXVIII, 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 mencionada Resolución XXVIII;

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:

1. Adoptar los siguientes procedimientos para el establecimiento de relaciones oficiales de la Organización Panamericana de la Salud con organizaciones interamericanas no gubernamentales:

1.1 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.

1.2 Con ese fin, las organizaciones interamericanas no gubernamentales deberán presentar, además de la solicitud correspondiente, la siguiente documentación:

1.2.1 Copias certificadas del acta de constitución y de los estatutos de la organización.

1.2.2 Copias certificadas de las actas constitutivas y de los estatutos de sus filiales en los diversos países del Continente.

1.2.3 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.

1.2.4 Un ejemplar del último informe periódico de actividades.

1.3 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:

1.3.1 Recibirá del Director de la Oficina las solicitudes de las organizaciones interamericanas no gubernamentales que hayan solicitado reconocimiento, así como la documentación correspondiente.

1.3.2 Cuando la documentación presentada no sea lo suficientemente completa o satisfactoria, el Director informará también sobre las gestiones realizadas.

1.3.3 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.

1.4 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.

1.5 Vistas las recomendaciones del subcomité permanente, el Comité Ejecutivo decidirá si procede o no autorizar el establecimiento de relaciones con una organización.

1.6 El Presidente del Comité Ejecutivo informará anualmente al Consejo Directivo o a la Conferencia Sanitaria Panamericana sobre las decisiones tomadas.

1.7 El Director de la Oficina Sanitaria Panamericana informará a cada organización de la decisión del Comité Ejecutivo sobre su solicitud. En caso de ser esta favorable les señalará las prerrogativas que confiere el establecimiento de relaciones oficiales.

1.8 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.

2. Establecer que el mantenimiento de relaciones oficiales con la OPS conferirá a las organizaciones interamericanas no gubernamentales los siguientes privilegios:

2.1 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.

Cuando 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 este a una solicitud de la organización, hacer una exposición de los puntos de vista de la misma.

2.2 Participación activa en las Discusiones Técnicas que se realicen en la oportunidad de las reuniones del Consejo Directivo o de la Conferencia.

2.3 Acceso a toda documentación no confidencial relacionada con asuntos de su interés.

2.4 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.

2.5 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.

3. Recomendar, con respecto a otras organizaciones interamericanas y nacionales, que tienen fines distintos de los referentes a la salud, pero que ocasional o regularmente llevan a cabo operaciones en campos de la salud:

3.1 Que se estimule a esas organizaciones a preparar y presentar al Director exposiciones o catálogos de sus posibilidades particulares, acompañados de una explicación acerca de cómo se puede movilizar su cooperación en caso de necesidad.

3.2 Que el Comité Ejecutivo examine esas exposiciones para determinar hasta qué punto son aplicables y apropiadas antes de distribuir las a los Gobiernos Miembros que, cuando se planteen situaciones de emergencia, pueden buscar los tipos de cooperación y asistencia que, a su juicio, presten mejor apoyo a sus propios programas nacionales para hacer frente a la emergencia.

3.3 Que a su debido tiempo, el Comité Ejecutivo examine con mayor detenimiento el asunto de las relaciones con otras organizaciones interamericanas y nacionales.

3.4 Que se fomente la agrupación de organismos profesionales nacionales en organizaciones internacionales, para que sirvan de vehículo en el apoyo a la acción sanitaria y de centro de intercambio de experiencias.

3.5 Que se preste el más amplio reconocimiento y apoyo en su acción tanto a las nuevas organizaciones internacionales que se creen como a las ya existentes.

El PRESIDENTE: Se somete a consideración el proyecto de resolución PR/8.

El Dr. GUZMAN (Chile): Con el propósito de perfeccionar el proyecto de resolución quiero hacer algunas consideraciones. Nuestro país ha mantenido y propiciado siempre el planteamiento que dentro del sistema de las Naciones Unidas existan organizaciones específicas e incluso hay una principal donde se ventilan los asuntos políticos. Ello nos ha permitido mantener nuestra OPS en un plano estrictamente técnico de salud.

Por las razones expuestas veo con preocupación la inclusión del texto del punto 3, subpárrafo 5 del proyecto de resolución contenido en el documento que nos ocupa en su página 4. La apertura demasiado amplia para el establecimiento de relaciones con organismos, con objetivos diferentes, puede desdibujar los objetivos propios de la Organización. Por otra parte, consideramos que los organismos nacionales deberían ser avalados por sus respectivos Gobiernos, previo a su reconocimiento por la OPS y que el procedimiento para ello debe quedar claramente explicado.

En la misma página 4, subpárrafo 3.4 y subpárrafo 3.3, se hace alusión a las organizaciones nacionales. Lo que creemos inconveniente es el riesgo de inmiscuirse en los asuntos internos de cada país.

En lo principal propongo que la Secretaría revise la redacción de los subpárrafos 3.3 y 3.4 de la página 4 para adecuarla al espíritu de lo recomendado por el Comité Ejecutivo en su 80a Reunión de junio-julio de 1978. Asimismo que se complemente el subpárrafo 1.5 de la página 2 para lo cual sugiero los párrafos sustitutivos siguientes.

En la página 2, en el párrafo señalado 1.5, que es el último de esa página, propongo convertir el punto final en una coma y agregarle "recogiendo previamente la opinión de los Países Miembros fijándoles a este objeto plazo para hacer presente las objeciones". ¿Cuál es la razón de esta proposición? Porque pudiese ocurrir que haya en una organización interamericana cuyas actividades hayan empleado experiencia poco adecuada o deseable en algunos de los países. Si este país no está representado en el Comité Ejecutivo, no tiene la oportunidad de presentar su problema. Creemos que debe darse la oportunidad a cada país dándole un plazo para que presente sus objeciones si las tuviera. Si no las hay, el Comité Ejecutivo procederá dentro del plan. En la página 4, al subpárrafo 3.3, propongo suprimir las dos últimas palabras donde dice "y nacionales". Agregando "y de aquellos nacionales cuya solicitud cuente con el aval de sus respectivos Gobiernos".

Respecto a los párrafos 3.4 y 3.5, la proposición más sana que he encontrado es suprimirlos definitivamente. He dado las razones y para no extenderme más, estoy dispuesto a dar otras explicaciones.

El Dr. VALLADARES (Venezuela): Nuestra delegación está de acuerdo con los numerales 1 y 2 del proyecto de resolución presentado puesto que ellos contienen el procedimiento que ha de seguir en adelante la OPS para establecer relaciones de trabajo con otras organizaciones interamericanas no gubernamentales. Incluso también estaríamos de acuerdo con el agregado del numeral 2.5 de la página 3, que ha propuesto el Delegado de Chile.

En relación con toda la página 4, observamos que cuando se discutió esto a nivel del Comité Ejecutivo, precisamente tuvo muchas reservas por si convenía que la OPS, así como puede ser la OMS, estableciera relaciones de trabajo formales con organizaciones nacionales, porque eso va a crear una multiplicidad de solicitudes, de celos y de posiciones antagónicas que no convienen.

Como organización internacional intergubernamental, la OPS puede, y debe como lo hace la OMS, establecer relaciones con otras organizaciones no gubernamentales pero que represente a toda la Región de las Américas, por lo menos en su mayor parte, y no a ninguna organización nacional. No porque las organizaciones nacionales no tengan méritos, no porque las organizaciones nacionales puedan en un momento dado disponer de dinero para ayudar a otros países. No, es porque se nos va a llenar la Organización de las solicitudes de todas las organizaciones nacionales existentes de todos los países que creen, con todo derecho cada una de ellas, que tienen calidad suficiente como para tener relaciones de trabajo con la OPS. De manera que nos resolvemos por solicitar que se suprima todo el numeral 3 contenido en la página 4, porque realmente se trata, como lo dice el nombre de la resolución, de los mecanismos para el establecimiento de relaciones oficiales de la OPS con organizaciones no gubernamentales. Por cierto también el título está incompleto porque debe ser organizaciones interamericanas no gubernamentales. Ese fue el sentido que se le dio a todo esto y es el sentido que tiene a nivel de la OMS.

Todos ustedes verán cómo vamos a tener muchas organizaciones interamericanas no gubernamentales que van a solicitarnos su reconocimiento, pensando posiblemente solo en la ayuda económica. Eso es lo que piensan muchas de ellas, y después cuando revisemos cada tres años, notaremos que no hemos tenido ninguna actividad. A nivel de la OMS no es raro encontrar que al hacer la revisión cada tres años haya que eliminar unas cuantas con las cuales no se ha tenido ninguna actividad en los últimos seis u ocho o más años. De manera que esa es nuestra posición.

Quisiéramos apoyar los numerales 1 y 2 con el addendum de que los Gobiernos pudieran ser consultados. Le tengo cierto temor a la consulta de los Gobiernos en este sentido porque estas son organizaciones no gubernamentales; que, por lo tanto, puede la Organización tener relaciones con ellos por razones técnicas, por razones de cooperación mutua sin que necesariamente todos los Gobiernos individualmente estén de acuerdo.

No olvidemos que al pedirle opinión a los Gobiernos es posible que muchas de esas opiniones no estén basadas en razones técnicas sino en razones políticas. De manera que la Delegación de Venezuela va a apoyar los numerales 1 y 2 tal cual como están en el proyecto original, y proponemos eliminar el numeral 3 de la página 4.

El PRESIDENTE: Para una aclaración quiero cederle la palabra al Sr. Secretario.

El SECRETARIO: No se ve inconveniente en la eliminación de los párrafos 3.4 y 3.5 de la página 4 porque esto fue incluido por una Delegación, pues no estaba en el proyecto original. Es decir, no hay inconveniente si la mayoría está de acuerdo. De todos modos, esto es un anteproyecto que se ha dado modificado a la Comisión General. Se le cede la palabra al Representante del Comité Ejecutivo para que comente.

M. CAREAU (Comité exécutif): Merci M. le Président. Je ne voudrais pas répéter ce qu'a dit le Dr. Valladares, mais je crois que précisément il a résumé de façon très succinte ce qui s'est passé au Comité exécutif et je suis tout à fait d'accord avec les vues exprimées par lui. Alors pour ne pas occuper davantage le temps de la Conférence, je voudrais simplement dire que c'est exactement ce qui s'est passé au Comité exécutif. Plusieurs délégations ont exprimé un certain nombre de réserves et le Comité exécutif avait décidé de transmettre à la Conférence le projet pour de plus amples études. C'est tout, M. le Président.

Dr. EGAS CEVALLOS (Ecuador): El tema que estamos tratando parece que tiene discrepancia en términos del proponente solo en el numeral 3 de la página 4, por cuanto el Dr. Valladares sugiere la eliminación completa de esta página.

A mí me parece que si suprimiéramos en el numeral 3 la palabra "nacionales" en todo el contenido, probablemente se adecuaría un poco mejor a los propósitos que sostengo. Estoy también de acuerdo con lo expresado por el Dr. Valladares, y si hubiese que votar tendría que

hacerlo en términos de lo que resolvió el Comité Ejecutivo pero para tratar de dilucidar el problema, pienso que suprimiendo la palabra "nacionales" en todos los considerandos tal vez se encuentre una solución a este problema.

El Ing. OJEDA (Perú): Cuando se trató este punto en la sesión anterior, hicimos unos comentarios respecto a algunas ideas que se referían específicamente a la importancia que podría tener una relación práctica entre la OPS y los organismos internacionales no gubernamentales debidamente reconocidos. Pensábamos, o seguimos pensando, que este es un buen vehículo para el mejor conocimiento e intercambio de experiencias científicas y tecnológicas entre los países de América. Eso con respecto al punto 4.

La idea en la redacción tal vez lleve la inquietud a algunos delegados; en el punto 4 la idea era de que la OPS no podría fomentar sino alentar en algo cuando organizaciones de orden nacional similares--como el caso de médico de salud pública u otro tipo de agrupaciones--desean establecer contacto internacional entre organismos nacionales reconocidos por sus Gobiernos. Eso se debe alentar porque seguimos considerando y repetimos que esa es una cosa importante para la Organización.

El punto 5 es un punto eminentemente declarativo y lógico. En el momento en que la Organización reconozca una institución de esta naturaleza le ofrece todo su apoyo para que pueda desarrollar sus actividades. La esencia de la intervención de la tarde anterior ha sido esa y no la intención de intervenir dentro de las organizaciones nacionales, sino alentar esta comunicación internacional.

El Dr. TRONGE (Argentina): La Delegación de la Argentina apoya las observaciones planteadas por el Representante de Chile.

El Dr. GUZMAN (Chile): Pudiera verse que hay dos proposiciones que no concuerdan, la que formulé inicialmente, y la que propuso a continuación el Dr. Valladares. El Dr. Valladares tiene toda la razón y esto ha sido respaldado por el Sr. Careau, Representante del Comité Ejecutivo y yo recuerdo perfectamente cuando estuve en el Comité Ejecutivo, en Washington, D.C., y el sentido fue el que ellos señalaron. Por lo tanto, no tengo ningún inconveniente en modificar mi proposición original y sumarme a la proposición de suprimir el numeral 3, pero sí quisiera contar con el apoyo de ustedes e incorporar en la página 2 el addendum al párrafo 5 que leí inicialmente.

El Dr. VALLADARES (Venezuela): Sé que uno de los motivos que llevó al Delegado del Perú a hacer esa proposición era, en primer lugar, la experiencia que él ha vivido con CEPIS, que es una asociación interamericana de ingeniería sanitaria y los buenos deseos que ellos tienen de que suceda lo mismo con las sociedades nacionales de médicos de salud pública, de médicos higienistas. Pero yo creo que estamos tratando cosas distintas, las estamos mezclando. El propósito del tema desde que apareció en el Comité Ejecutivo hasta ahora es estudiar los procedimientos que van a regir las relaciones de la OPS u otros organismos internacionales no gubernamentales que se ocupen de salud. Eso es un tema, y ese me parece a mí que está muy bien descrito en las primeras tres páginas.

El otro tema es el deseo que ha manifestado la Delegación del Perú, en lo que seguramente lo acompañamos todos, de que la Organización pueda ser un catalizador más en ese proceso de lograr la creación de organizaciones internacionales que se ocupen de un mismo asunto en materia de salud, y quizá eso se podría hacer para que no confundamos una cosa con la otra; podría ser el motivo de una resolución muy corta, que contenga esos mismos dos numerales, pero que no tengan nada que ver con los procedimientos aplicados a las organizaciones interamericanas no gubernamentales.

El Ing. OJEDA (Perú): Yo quisiera volver a repetir luego de las palabras del Dr. Valladares, que no ha sido nuestra intención incorporar dentro de esta resolución párrafos diferentes de los que venían del Comité Ejecutivo. Nosotros, como lo ha dicho el Dr. Vallada-

res, queríamos demostrar una experiencia que hemos vivido en el país. Ahora tenemos el Comité Ejecutivo y es la intención del Gobierno darle todo su apoyo. En ningún momento he presentado un addendum con respecto a esta resolución. Estoy plenamente de acuerdo de que estos puntos 4 y 5 se pueden eliminar si los miembros del Comité así lo estiman conveniente.

El PRESIDENTE: Creemos que está bien claro lo que usted dijo.

El Dr. CACERES (Paraguay): Deseo apoyar la moción del Dr. Guzmán, de Chile, con las adiciones propuestas por el Dr. Valladares. Pero quiero hacerme eco de lo que en la página 2, al final de la página, había expresado el Dr. Guzmán. Esta es la segunda ocasión que los Gobiernos Miembros de la OPS van a tratar este problema; ya el año pasado el Consejo había rechazado el estudio realizado y devuelto al Comité Ejecutivo para mejorar este asunto.

No entiendo a lo que se refiere el Dr. Guzmán en cuanto a recoger previamente la opinión de los Países Miembros poniéndoles plazo para sus objeciones. Había figurado en el proyecto anterior presentado hace un año al Consejo Directivo, incluso se había hablado de algo como de 60 días de plazo para que los países contesten. Entiendo que la relación tenía que establecerse entre el Director de la Oficina y los Gobiernos y no entre el Comité Ejecutivo y los Gobiernos. Por tanto, quiero proponer al Dr. Guzmán si él estaría de acuerdo en que el párrafo que antecede al punto 5 en la página 2, donde dice en ciertos casos comité permanente, podrá recomendar que se proponga la consideración de la solicitud, y que se pida al Director de la OSP que se ponga en contacto con la organización en cuestión a fin de determinar las áreas de interés común y la ventaja mutuas que entrañarían la colaboración entre ambas organizaciones y con los Gobiernos a fin de recoger previamente la opinión de los países, poniéndoles un plazo de 60 días, para sus objeciones. Esto sería una transferencia del párrafo que propuso el Dr. Guzmán en el párrafo que precede al punto 5.

El PRESIDENTE: Todas las opiniones alrededor del mismo tema, están siendo tomadas en cuenta. Todas van a ser presentadas en la sesión plenaria para que allí se tome una decisión final. Tiene la palabra el señor Careau del Canadá.

El Sr. CAREAU (Canadá): Ahora estoy hablando en nombre del Canadá y no del Comité Ejecutivo. Para ahorrar un poco de tiempo y después de haber oído varias opiniones, a mí Delegación le parece que tal vez sería bueno si pudiéramos formar un pequeño grupo de trabajo con la Delegación de Chile, Venezuela y el Perú. Esas tres delegaciones juntas con el Sr. Relator y sus asesores podrían preparar un nuevo borrador que podríamos estudiar mañana. Esa es mi proposición.

El PRESIDENTE: Estamos completamente de acuerdo con su sugerencia.

El Dr. VALLADARES (Venezuela): Yo también estoy de acuerdo con la sugerencia del Delegado del Canadá porque nos va a permitir ahorrar tiempo. Afortunadamente creo que no vamos a tener mucho que redactar de nuevo porque casi todos estamos de acuerdo en suprimir la parte final del documento.

En cuanto al addendum presentado por la Delegación de Chile, el numeral 5, creo que no es el adecuado porque se refiere al derecho que tienen las organizaciones a presentar un memorandum al Director sobre los programas. No se refiere a la inclusión, a la aceptación o no aceptación de esa organización en relación con la OPS.

En todo caso, estoy de acuerdo Sr. Presidente con que tres personas y la Redactora podríamos tratar de hacer esto un poco más rápidamente.

El PRESIDENTE: Si no hay alguna objeción organizaremos el grupo de trabajo como ha sido propuesto y se reunirán después de la sesión. El Dr. Guzmán por Chile, el Dr. Valladares por Venezuela, el Ingeniero Ojeda por el Perú, y la Redactora.

It was so agreed.
Así se acuerda.

- 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)

Dr. KEY (United Kingdom, Rapporteur): The proposed resolution on this item reads as follows:

THE XX PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Taking account of Document CSP20/26 on the report of the Secretariat on collaboration by the Pan American Health Organization with the Governments to implement Resolution XIV of the XXV Meeting of the Directing Council;

Considering that the results of the International Conference on Primary Health Care at Alma Ata confirm and reinforce the Hemispheric policy, drawn up by the Ministers of Health of the Americas in their IV Special Meeting, on the strategies of primary care and community participation as means for raising the levels of health and welfare of the population;

Considering that these strategies must be adjusted and applied, in keeping with the demographic, cultural, social, and economic characteristics of both periurban and rural areas, and must include the development of appropriate technologies to make them workable;

Considering that health measures in themselves do not solve the health problems of the lowest-income groups, for which intersectoral action is needed to combat the multiple causes and manifestations of poverty; and

Considering the urgency of renewing efforts to attain the goals proposed for the decade, and the need to evaluate the results of this grand enterprise in 1980,

RESOLVES:

1. To urge the Member Governments to intensify their efforts to extend the coverage of services by the strategies of primary care and community participation.
2. To recommend to the Governments that, in keeping with the expected demographic, social, and economic changes: a) they define the necessary content and form for the strategy of primary care and community participation for application in rural and urban areas; and b) that they define a meaningful role for the health sector in the design and implementation of policies to overcome poverty and in the promotion of appropriate technology.
3. To request the Director to give priority, in the channeling of efforts and resources for technical cooperation with the countries, to accomplishment of the foregoing purposes and that, in consultation with the Governments, he begin preparation of the program of work for the evaluation of the Ten-Year Health Plan.

4. 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,

Tomando en cuenta el Documento CSP20/26, relacionado con el informe del Secretario sobre la colaboración de la Organización Panamericana de la Salud con los Gobiernos para poner en práctica la Resolución XIV de la XXV Reunión del Consejo Directivo;

Considerando que los resultados de la Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud, celebrada en Alma Ata, confirman y refuerzan la política continental definida por los Ministros de Salud de las Américas en su IV Reunión Especial, sobre las estrategias de la atención primaria y participación de la comunidad como medios para elevar los niveles de salud y bienestar de la población;

Considerando que dichas estrategias deben ajustarse y aplicarse de acuerdo a las características demográficas, culturales, sociales y económicas tanto de las áreas periurbanas como de las rurales, e incluir el desarrollo de tecnologías apropiadas que las hagan factibles;

Habida cuenta de que las acciones de salud por sí solas no resuelven los problemas de salud de los sectores de más bajo ingreso de la población y que para ello se requiere una acción intersectorial contra las múltiples causas y manifestaciones de la pobreza social, y

Considerando la urgencia por renovar esfuerzos para alcanzar las metas propuestas para el decenio, así como la necesidad de evaluar los resultados de esta magna empresa en 1980,

RESUELVE:

1. Instar a los Gobiernos Miembros a que intensifiquen sus esfuerzos para lograr la extensión de la cobertura de servicios con las estrategias de la atención primaria y la participación comunitaria.

2. Recomendar a los Gobiernos que, de acuerdo con los cambios demográficos, sociales y económicos esperados: a) definan el contenido y la forma en que las estrategias de la atención primaria y la participación de la comunidad se aplicarán en áreas rurales y en zonas urbanas, y b) determinen la importante función del sector salud en la definición y ejecución de políticas tendientes a superar la pobreza social, y en el desarrollo de la tecnología apropiada.

3. Pedir al Director que dé prioridad, en la canalización de esfuerzos y recursos para la cooperación técnica con los países, a la realización de los puntos anteriores y que, en consulta con los Gobiernos, proceda a preparar el programa de trabajo que deberá seguirse en la evaluación del Plan Decenal de Salud.

4. Pedir al Director que informe sobre el resultado de estas acciones a la próxima Reunión del Consejo Directivo.

Dr. MOODY (Jamaica): I would like to register my disapproval of the way the discussion on this item was conducted. In fact, this Committee now has a proposed resolution, but it has not had any real discussion of this subject. Participation of two out of a total of

32 countries cannot be called a discussion. I feel that we should have been given considerably more time to discuss this most important subject.

As regards the proposed resolution itself, we have reiterated paragraph 1 many times. I do not know whether we really need to say this again, but we can.

I do not fully understand what paragraph 2 means. It seems to imply that it helps to define a country's economic policies to overcome poverty. I do not really think that that is our function--we have enough problems in designing health programs to deal with the health of the people. If we are going to start getting involved in dealing with poverty, we are going to be way over our heads. I would like to have seen something in this proposed resolution reemphasizing what came out in the declaration of Alma Ata, namely, the important priority which should be given to health in national development plans and programs and the increased proportion of the budget which should be devoted to health, particularly to primary health care, because of the importance of health to total national economic development.

Dr. BRYANT (United States of America): I would like to support what Dr. Moody has said about the limited discussion time that was given to this item. A substantial number of delegates have indicated that they thought it was one of the most important items to be discussed, yet I believe that total discussion time was approximately 15 minutes. The United States of America was fortunate enough to contribute to that discussion, but we feel that we have not heard the comments of the other delegates on this topic. The resolution cannot reflect the discussion because it was not heard except very briefly.

I further agree with Dr. Moody that the proposed resolution hardly reflects the richness of ideas that were expressed at Alma Ata. I would thus like to ask whether there is some way in which this matter could be discussed more extensively.

El PRESIDENTE: Estamos de acuerdo con el Delegado de los Estados Unidos de América. Gracias a Dios tenemos todavía tiempo para buscarle una solución a este problema que todos vemos en la misma forma. Creo que ahora mismo podemos abrir el debate para que todos los países que están presentes opinen y queremos saber si todos están de acuerdo en hacerlo. Levanten la mano por favor los que están de acuerdo en que abramos el debate. Tiene la palabra el Dr. Michelsen.

El Dr. MICHELSEN (Colombia): Yo creo que usted nos toma de sorpresa nuevamente con la decisión y yo quisiera que nos diera una oportunidad para prepararnos y se discutiera así en el seno de esta comisión pero no en este instante porque otra vez estamos ante el mismo problema del otro día. Esa sería mi sugerencia, Sr. Presidente.

El PRESIDENTE: En realidad no es exactamente el mismo caso, pero considero que sí necesitamos tiempo todos los países para prepararnos y discutir mejor este punto. Al abrir el debate lo podemos posponer para mañana en la mañana o después del café, como ustedes prefieran. Me gustaría que opinaran y que se votara si posponemos el tema para mañana por la mañana.

It was so agreed.
Así se acuerda.

The session was suspended at 3:40 p.m. and resumed at 4:15 p.m.
Se suspende la sesión a las 3:40 p.m. y se reanuda a las 4:15 p.m.

- ITEM 28: MECHANISMS FOR THE ESTABLISHMENT OF OFFICIAL RELATIONS BETWEEN PAHO AND NONGOVERNMENTAL ORGANIZATIONS (conclusion)
TEMA 28: MECANISMOS PARA EL ESTABLECIMIENTO DE RELACIONES OFICIALES DE LA OPS CON ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES (conclusión)

El PRESIDENTE: Se reanuda la sesión. Tenemos entendido que el grupo de trabajo ha llegado a una solución unánime, por lo que vamos a cederle la palabra al Dr. Valladares para que dé lectura al proyecto de resolución.

El Dr. VALLADARES (Venezuela): El grupo llegó a las siguientes conclusiones. En primer lugar estuvimos de acuerdo en eliminar todo el numeral 3 que empieza en la página 4 o sea el 3 y el 1, 2, 3, 4 y 5. Todo lo que está en la página 4 se consideró que podría ser eliminado por ser materia de otro aspecto distinto del problema. En cuanto a la proposición del Delegado de Chile, en el sentido de que los Gobiernos deberían por lo menos conocer las solicitudes, y opinar sobre ellas, en la página después del numeral 2.4 agregar un numeral 3 que dice: La carta de solicitud será circulada entre todos los Gobiernos Miembros recabando la opinión de los mismos dentro de un plazo de 60 días.

De ahí en adelante el texto es exactamente igual al original cambiando únicamente la ordenación numérica.

El PRESIDENTE: Se somete a la consideración de la Asamblea.

El Dr. VALLADARES (Venezuela): Faltaba algo muy importante, que es el título. En el título se dice "Mecanismos para el establecimiento de relaciones oficiales de la OPS con organizaciones interamericanas no gubernamentales".

El PRESIDENTE: Se somete a consideración el proyecto de resolución número 8 con el cambio de título, las enmiendas, y la supresión de los últimos puntos. Tienen la palabra los Señores Delegados. ¿Está suficientemente discutido el proyecto? Si no hay nadie en contra pues queda aprobado el proyecto de resolución.

Decision: The proposed resolution, as amended, was unanimously approved.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución.

Pasamos al siguiente tema. Le cedemos la palabra al Sr. Secretario para información.

ITEM 21: PROVISIONAL AGENDA OF THE SIXTY-THIRD SESSION OF THE EXECUTIVE BOARD OF WHO:
ITEMS OF INTEREST TO THE REGIONAL COMMITTEE
TEMA 21: PROGRAMA PROVISIONAL DE LA 63a REUNION DEL CONSEJO EJECUTIVO DE LA OMS:
TEMAS DE INTERES PARA EL COMITE REGIONAL

El SECRETARIO: El tema 21 (Documento CSP20/25): "Programa provisional de la 63a Reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS: Temas de interés para el Comité Regional", se presenta ante ustedes únicamente como un punto informativo en vista de la inquietud que ha surgido en la OMS de que la participación en el Consejo sea más importante. Por tanto se decidió por todos los medios posibles conocer la agenda con anterioridad para que la participación de los Delegados por la Región de las Américas sea con el mayor aporte posible.

En este sentido cualquier sugerencia que hubiera por parte del Comité o por parte de la Conferencia en general, para la agenda en general o para cualquier punto de la agenda en particular, se transmitiría a través ya sea de la Secretaría a los Delegados del Consejo Ejecutivo de la OMS o bien directamente los acá representados sabiendo las personas que representan a la Región de las Américas en la OMS, les transmitirían cualquier inquietud.

La documentación final que viene de Ginebra se les hará llegar a cada uno de los representantes ante el Consejo.

El PRESIDENTE: ¿Hay alguna opinión al respecto?

El Dr. VALLADARES (Venezuela): Yo creo que se ha hecho muy bien en traer con suficiente anticipación esta información sobre el programa provisional del Consejo Ejecutivo de la OMS.

Digo esto porque estuve asistiendo al Consejo tres años. En una de esas oportunidades también estuve asistiendo el Dr. del Cid y veíamos con preocupación cómo nuestro grupo era probablemente el que llegaba allí a las discusiones del Consejo menos preparado para la discusión de los temas. Nosotros hemos vivido eso, nosotros creemos que América en general, los delegados que van al Consejo Ejecutivo deben dedicarle todo el tiempo que sea necesario al estudio de los documentos. Es una tarea pesada pero yo casi diría que en un momento dado uno se encuentra como acomplexado cuando ve otras Regiones de la OMS cuyos delegados participan con un gran conocimiento de los documentos, con proposiciones concretas que llevan estudiadas de acuerdo con su país o con grupo de países, y nosotros por regla general hacemos unos comentarios de tipo general que no nos hacen quedar muy bien.

Es únicamente para eso que tomo la palabra, Sr. Presidente, para exortar a los Miembros del Consejo Ejecutivo de la OMS designados por sus países, y que debería ser el mismo por lo menos durante los tres años, que le dediquen todo el tiempo necesario para que nuestro prestigio a nivel de esa reunión mundial sea mayor.

ITEM 31: REPORT ON TECHNICAL COOPERATION AMONG DEVELOPING COUNTRIES
TEMA 31: INFORME SOBRE COOPERACION TECNICA ENTRE PAISES EN DESARROLLO

El Dr. SALAZAR (OPS): Sr. Presidente, tienen ante Uds. el Documento CSP20/23 relacionado con el tema. La XXV Reunión del Consejo Directivo de la OPS, XXIX Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas, aprobó la Resolución XXVIII sobre este tema CTPD, en la cual solicitó al Director informar anualmente al Consejo sobre el progreso de la coordinación entre los programas de la Organización y aquellos llevados a cabo por los países en el marco de la cooperación técnica entre países en desarrollo.

En cumplimiento de lo anterior, el Director prometió a la 80a Reunión del Comité Ejecutivo el informe de las secciones cumplidas por los Países Miembros en el contexto de la CTPD, con la cooperación de la Organización durante 1977 y los primeros cuatro meses de 1978, contenido en el documento CE80/17. El Comité aprobó la resolución 21 en la cual solicitó transmitir el informe mencionado, con las modificaciones sugeridas durante el debate del tema, a la consideración de la Conferencia Sanitaria Panamericana. Se anexa copia de la resolución del Comité.

Es de esperar que en los próximos años estas actividades se multipliquen y consoliden como resultado de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre CTPD, realizada en Buenos Aires del 31 de agosto al 12 de septiembre de 1978. El plan de acción adoptado por la Conferencia estimulará, sin duda, el proceso de cooperación entre países en desarrollo en todos los sectores tanto en el campo económico como social y en este último el de la salud. Sr. Presidente, el informe que se presenta fue hecho teniendo en cuenta las acciones cumplidas entre países o a nivel subregional y en ese sentido, quizá en una forma un tanto arbitraria, se agruparon los países siguiendo las áreas geográficas; estas actividades son las que han recibido en una forma directa o indirecta la cooperación de la Organización. Hay muchas otras que se cumplen entre los países en acciones directas y que obviamente no eran motivo de este estudio.

Decíamos que obviamente estas acciones se van a encontrar estimuladas por el plan de acción adoptado por la Conferencia sobre cooperación técnica entre países en desarrollo. La Conferencia logró reunir uno de los mayores números de países tanto en desarrollo como de países desarrollados, y según el sentir de todos ellos dicha Conferencia fue un éxito. El plan de acción que fue adoptado es un plan orientado hacia la acción. Se definieron en primer lugar los objetivos y se hicieron o se aprobaron 38 recomendaciones, de las cuales algunas van dirigidas a los propios países en desarrollo, otras a los países desarrollados a nivel nacional, acciones también dirigidas a cumplirse a nivel subregional, interregional y global, y en este último campo, desde luego, las que debe cumplir el Sistema de las Naciones Unidas, el cual fue llamado en forma muy clara a colaborar con los países en el cumplimiento de una nueva dimensión de la cooperación técnica internacional.

Debido a que el plan de acción, cuando salimos de Buenos Aires, no había sido publicado en su forma final, toda vez que requería pequeños cambios editoriales, no fue posible traerlo a esta Conferencia y distribuirlo. Sin embargo, tan pronto esté disponible, haremos llegar dicho documento a través de nuestras oficinas, a los distintos Ministerios de Salud ya que lo consideramos sustantivo.

Si existiera alguna pregunta sobre el documento, tendré mucho gusto en contestar y quizá el Señor Representante del Comité Ejecutivo podría agregar alguna otra información, si lo considera pertinente.

El Sr. CAREAU (Comité Ejecutivo): En el Comité Ejecutivo examinamos el informe del Director sobre la cooperación técnica entre los países en desarrollo y en este Comité nos dimos cuenta de la cooperación brindada a los países por áreas o subregiones.

En el curso del debate se sugirió que el informe podría ser un poco más analítico, abarcar en todos los casos la cooperación mediante factores bilaterales, tratar con más detalle de la cooperación dentro del marco del Convenio Hipólito Unanue. Así que, después de nuestras consideraciones en el Comité, hemos preparado la Resolución que ustedes tienen en sus mesas. No tengo más nada que añadir a ese documento, pero con mucho gusto trataré de contestar las preguntas con el Dr. Salazar, si hay interés por parte de los Miembros de la Comisión.

El Dr. GUZMAN (Chile): Solo para subrayar lo que muy bien ha señalado el Sr. Careau en este momento, que los programas de entidades bilaterales siguen teniendo gran importancia y creemos que seguirán teniéndola.

Mientras mayor es el número de países, más general debe ser la recomendación para adjuntar a objetivos que sean comunes. Por otra parte, las acciones bilaterales permiten identificar fines más precisos y por esto pasar desde la recomendación a la acción.

Por lo señalado, Chile considera que es importante que en los documentos que se refieren a cooperación técnica entre países en desarrollo, sin perjuicio del énfasis que se pone en las actividades subregionales, se siga haciendo especial referencia a las actividades bilaterales.

Dr. MOODY (Jamaica): I would like to congratulate PAHO on the report that has been compiled on technical cooperation among developing countries, an area which is very important and meaningful to us in the Region. As this report shows, the countries of the Americas have made good progress toward giving real cooperation in the technical sense to one another.

I wonder, however, whether it would be possible for some kind of a service, such as a bank or central registry of technical expertise--both of persons and programs in training areas--to be compiled for the Region, so that anyone needing an expert or skill in a particular area can find this in another country.

El Dr. GUZMAN (Chile): Repito lo que recién hemos escuchado. Me parece que apunta hacia esa necesidad una iniciativa que está tomando la OEA en este momento, pues en nuestro país hemos recibido una encuesta que ha sido canalizada al Ministerio de Salud por la Comisión Nacional de Investigaciones y Desarrollos en Luis Goya en el cual nos preguntan qué tipo de capacitación podemos ofrecer y qué facilidades. Eso lo estamos ya respondiendo a través de la Comisión Nacional del Centro Asistencial para señalar qué facilidades ofrece mi país.

Pienso que eso va a llegar a cada uno de los países nuestros y en la medida que todos nos preocupemos de dar una respuesta oportuna a la iniciativa de la OEA, verdaderamente estaríamos ayudando a solucionar este déficit de capacitación que tenemos en algunos de los países, y aportando lo que sí tenemos en proyecciones.

El PRESIDENTE: Vamos a ceder la palabra al Dr. Salazar para terminar con este tema.

El Dr. SALAZAR (OPS): Efectivamente, la inquietud del Dr. Guzmán de no dejar de lado las acciones bilaterales en la cooperación horizontal, no se lleva necesariamente en los grupos subregionales sino, inclusive, entre países que corresponden a distintas regiones.

Con relación a la pregunta de la Delegada de Jamaica, la formación, la recopilación de la información sobre textos, áreas de entrenamiento, instituciones, etc., es uno de los mandatos del plan de acción de Buenos Aires y será de las acciones que las agencias del Sistema de las Naciones Unidas tendrán que llevar adelante y, obviamente, la OMS y en nuestro Continente, la OPS. Es una de las labores que, como punto central de OMS para la CTPD, tendremos que llevar adelante.

Contestando al comentario del Dr. Guzmán, en relación con el punto anterior, será preciso coordinar las acciones entre el Sistema Internacional de Referencia que ha creado el PNUD, la unidad especial para CTPD con el sistema de información de la OMS. Inclusive, el propio sistema de programación y evaluación de la OPS podrá utilizarse en recabar esa información para que nuestra propia Organización, sin duplicación de esfuerzos, logre actualizar una lista de expertos nacionales e instituciones dedicadas al entrenamiento y a la investigación de centros de producción de equipos médicos, productos farmacéuticos y biológicos, etc. Estos son los elementos más importantes para la cooperación técnica, en general, y cooperación técnica internacional. De tal manera que en cumplimiento de ese mandato del plan de acción, o de esa recomendación, proseguiremos en este esfuerzo.

El PRESIDENTE: Nuevamente las gracias Dr. Salazar por su participación en un tema que reviste una enorme importancia para todos nosotros, particularmente para los que tantas dificultades tenemos en cuanto a adiestramiento y capacitación del personal que necesitamos en salud. Pasamos el tema a la Relatoría e inmediatamente consideraremos el siguiente tema.

ITEM 32: PAN AMERICAN CENTERS
TEMA 32: CENTROS PANAMERICANOS

El SECRETARIO: De conformidad con la Resolución XXXI adoptada por el Consejo Directivo en su XXV Reunión sobre la realización de un estudio de los Centros Panamericanos, el Director de la OPS designó un grupo de estudio compuesto por los Dres. Guillermo Arbona, Alfredo Arreaza Guzmán, Roberto de Caires y Myron E. Wegman con el concurso del Sr. Frank Lostumbo del personal de la OPS. Se acompaña al informe preparado por este grupo que será sometido a la consideración de la XX Conferencia Sanitaria Panamericana. Dos de ellos, el Dr. Guillermo Arbona y el Dr. Myron E. Wegman, están con nosotros. Uno de ellos hará la introducción del tema, para lo cual pediremos se conceda la palabra al Dr. Guillermo Arbona.

El Dr. ARBONA (Miembro, Grupo de Estudio sobre los Centros Panamericanos): Muchas gracias, Sr. Presidente y muchas gracias por el honor de estar aquí con ustedes. Esta tarde a invitación del Director presentaré un resumen del informe rendido por el grupo que estudió los Centros Panamericanos y los centros nacionales asociados, de acuerdo con lo dispuesto por el Consejo Directivo. El estudio procedió como estudios similares. La forma en que se llevó a cabo está descrita en el informe, de manera que paso a las conclusiones del grupo en cuanto a los principios que deben ser comunes a todos los centros.

Los Centros Panamericanos son parte integral de la estructura de la OSP y constituyen una de sus modalidades organizacionales y no programas per se. Mediante los centros se ayuda a lograr el objetivo de los programas delineados por la OPS.

La decisión sobre el establecimiento de un centro toma en consideración la prioridad del programa al cual contribuye, la determinación de hasta dónde el establecimiento de un centro facilita el logro de los objetivos del programa y justifica los costos administrativos adicionales que se presentan.

Un centro está administrativamente vinculado a una de las divisiones técnicas de la OSP. Sin embargo, puede y debe contribuir a más de uno de los programas de la OSP, no importa sobre cuál división recae la responsabilidad por el programa.

Las funciones básicas de los centros son similares: asesoramiento, educación y capacitación, canje de información o de investigación. Varían de centro a centro cuantitativamente dependiendo de la evolución de los programas y el desarrollo de la tecnología.

Salvaguardando el hecho de que un centro está vinculado a una de las divisiones técnicas y que su operación es parte integrante de los programas de la OPS, el mismo debe contar con el grado de independencia de acción que le permita establecer relaciones directas con otras unidades afines dentro y fuera de la OSP.

De lo dicho anteriormente se desprende que el director de un Centro Panamericano es un funcionario de la OPS y debe de ser nombrado y compensado como tal y es responsable por administrar el centro de acuerdo con la política al efecto establecida por la OPS.

Ciertos de los centros constituyen un entendido cooperativo entre la OPS y el país huésped, que contribuye sustancialmente a su operación. Por esta razón y porque la localización así lo facilita, el país huésped generalmente recibe mayor cantidad de servicios.

El financiamiento básico de los centros lo provee la OPS y el país huésped que provee plantas físicas, terreno, servicio de mantenimiento y en ocasiones asigna personal técnico nacional. También reciben donativos de fuentes externas que se canalizan por la estructura administrativa y técnica de la OPS.

Como resultado de la información recogida y analizada, se hacen las siguientes sugerencias y recomendaciones en cuanto a la operación de los centros. Los objetivos de los centros deben examinarse, redefinirse y publicarse periódicamente para armonizarlos con los cambios en la política y programas de la Organización que las necesidades de los países hace necesarios. También deben tomar en consideración el incremento en conocimiento y cambios tecnológicos en el campo de acción del centro.

Deben hacerse proyecciones presupuestarias, teniendo en cuenta que las aportaciones de la OPS y del país huésped, aunque estables, difícilmente podrán ser aumentadas significativamente. Recursos financieros adicionales deberán de venir de fuentes externas, mediante donativos, en cuyo caso es de suma importancia asegurarse de que si el donante tiene objetivos propios, estos concuerden y fortalezcan los objetivos de los programas de la OPS.

Algunos centros podrán mejorar su operación adoptando prácticas administrativas desarrolladas para incrementar la participación del personal en la planificación de actividades, solución de problemas y en la toma de decisiones. En relación con esto, es de especial importancia planificar la ayuda que se prestará a los países de acuerdo con sus necesidades y demandas, las especificaciones de los programas de la OPS y los recursos disponibles, incluyendo las limitaciones existentes.

Para poder analizar mejor a base de costo-beneficio la labor de los centros es necesario obtener información lo más completa posible sobre los gastos en que incurren. Esto debe incluir las aportaciones de la OPS y las de fuentes externas. A las aportaciones de los países, servicio y asignación de personal se le debe dar el valor monetario equivalente.

Algunos de los centros podrían beneficiarse más de sus comités asesores. Es importante que se determine la composición del comité de acuerdo con el campo de acción y necesidades y la procedencia geográfica de los miembros del comité que se prevea para la continuidad del asesoramiento tanto en la parte científica de su operación como en la administrativa. Esta última necesidad podría satisfacerse mejor mediante la inclusión de expertos en gerencia en el comité asesor.

El grupo de estudio, y gran parte del personal de los centros, opinan que la labor de los centros debe ser motivo de análisis interno y externo periódicamente. Esto debería hacerse en armonía con el análisis de los programas pertinentes de la OPS de los cuales son parte o a los cuales contribuyen.

La delegación de autoridad a los centros, aunque similar en principio a la delegación de autoridad dentro del secretariado de la OPS, varía en su aplicación a los centros como resultado del tamaño y la naturaleza de sus operaciones. El grupo de estudio reconoce que la delegación de autoridad depende grandemente de las relaciones interpersonales y que los programas y la participación de los centros en los mismos debe estar bien definida y ser bien entendida.

Las comunicaciones entre los centros y las oficinas centrales, los representantes en los países y con funcionarios de los países mismos suele ser engorrosas en ocasiones. Urge que este asunto se estudie con mayor profundidad con el fin de agilizar el proceso.

Las instalaciones donde están ubicados los centros se encontraron satisfactorias con la excepción de CEPANZO y CFNI. En ambas se están gestionando las mejoras deseables. En el caso de CEPANZO, la situación urge.

Existen diferencias significativas en cuanto a lo que se espera de los centros en sus cuatro funciones básicas. El grupo de estudio es de opinión que se debe hacer un mayor esfuerzo en dar a conocer a los centros sus objetivos, recursos y limitaciones.

Se reconoce que los centros son parte integral de la estructura de la OPS y la aprobación del programa y presupuesto por el Consejo Directivo así lo reconoce. Por varias razones los centros deben reconocerse en categoría aparte, su establecimiento o cese debe conllevar acción al efecto por un Cuerpo Directivo. Se sugiere, por lo tanto, que se reconozcan los centros que operan en la actualidad mediante resolución general al efecto. Como ustedes saben hay cinco centros que han sido aprobados tácitamente al aprobarse el presupuesto, pero no han sido aprobados mediante resolución creándolos como tales. Una gran encomienda al Comité fue la elaboración de normas para la aceptación de centros nacionales; se pensó prudente hacer algunos comentarios sobre la creación de nuevos centros en el futuro si así lo decide este cuerpo, o la terminación de algunos de los cuerpos existentes. En relación con esta fase, se recomienda los siguientes pasos generales.

Una vez determinada la necesidad y conveniencia, corresponde a la OSP elaborar la propuesta. Esta fase incluye entre otras la definición de objetivos y de las actividades del centro y el término de las funciones básicas ya definidas y la determinación de los recursos necesarios.

Luego la OSP inicia negociaciones preliminares con el país o países interesados o dispuestos a servir como país huésped, aclarándose las aportaciones y compromisos que esto conlleva.

En la consideración del país y lugar dentro del país donde se ha de ubicar el centro, se deben tener en cuenta varios factores. Entre estos las facilidades de las comunicaciones, la proximidad del sitio al problema que se tratará de estudiar y resolver, recursos que ofrece el país y las probabilidades de que la ubicación garantice estabilidad.

Una vez se haya delineado el programa y haya acuerdos preliminares sobre la localización se debe consultar al Comité Ejecutivo de la OPS.

A base de las reacciones del Comité Ejecutivo, y asumiendo que estas son favorables, se procedería a negociaciones con el país, para aclarar los compromisos de ambas partes. Los asuntos en discusión deben incluir la duración propuesta del centro ya sea por tiempo indefinido o por plazo fijo. Es concebible que un país esté interesado en ser huésped de un centro panamericano que luego se convierta en un centro nacional.

Una vez finalizado un acuerdo oficial pero aun tentativo con el país huésped, se somete al Consejo Directivo por conducto del Comité Ejecutivo para su aprobación final. Es entonces cuando el Director de la OSP procede a firmar el convenio con el país huésped.

Ha ocurrido en el pasado, y podría ocurrir en el futuro en que por distintas razones se considere conveniente terminar con o transferir la dirección de un centro panamericano. Esta acción de terminación o transferencia debe seguir un proceso similar al de su establecimiento hasta la aprobación formal de esta acción por el Consejo Directivo.

Para los nuevos centros que se abran, deberán establecerse guías operacionales tanto técnicas como administrativas de acuerdo con los principios a que se ha hecho referencia anteriormente. Se deben proveer normas para el análisis y la evaluación inicial y periódica de las actividades del centro.

El concepto de centro nacional asociado a la OPS, y ese es un nombre que se sugiere, debe ser clarificado. Del estudio, el grupo concluyó que se trata de una institución o agencia nacional (o parte de ella) cuyas actividades de asesoría y cooperación técnica, docencia, información e investigación además de ser útiles al país a que pertenece, pueden ser de utilidad a otros países en armonía con las metas y objetivos de los distintos programas de la OPS.

Hasta el día de hoy solo se ha designado un centro nacional asociado, el Centro para Investigación y Adiestramiento en Lepra y Enfermedades Tropicales en Venezuela. Hay otros centros nacionales con los cuales la OPS colabora tanto para que incrementen su utilidad a su propio país como para que extiendan sus actividades internacionalmente. El grupo de estudio visitó además del Centro en Venezuela, el Centro de Adiestramiento en Inmunología y el Centro de Tecnología Educativa, ambos en México.

Respondiendo a la directiva del Consejo Directivo y del Director, el grupo de estudio sugiere los siguientes requisitos o normas para la designación de "Centros Nacionales Asociados": 1. Personal reconocido nacional e internacionalmente por su capacitación, experiencia, y aportaciones. 2. La institución es conocida como una unidad organizacional bien definida y estable. 3. El cuadro de personal técnico profesional suficiente para asumir las nuevas responsabilidades, aunque reconocemos que en ocasiones tiene que ser reforzada al efecto. 4. El local y el equipo llenan normas internacionales en cuanto a cantidad y calidad. 5. La institución goza de estabilidad financiera. 6. El programa es pertinente a los programas de la OPS. 7. La institución evidencia disposición a comprometerse en la nueva misión por el período de tiempo que se estime necesario. 8. El Gobierno del país respalda la institución en su participación en el servicio internacional. 9. La institución acepta ser evaluada inicial y periódicamente.

Los procedimientos para la designación de un centro nacional como centro asociado son: 1. La idea de asociación puede surgir de distintas partes, principalmente del país mismo o de la OSP. 2. Una vez aceptada la idea se procede a determinar hasta dónde se cumplan los criterios arriba enumerados. Esta es labor de la OSP con la ayuda de personas expertas del propio país y del exterior. 3. Ante una evaluación favorable, proceden negociaciones entre los dirigentes del centro y la OSP en cuanto a la participación de la institución en actividades internacionales en armonía con el programa de la OPS. 4. Es conveniente un período informal de ensayo antes de formalizar el acuerdo final. 5. La formalización del entendido o convenio debe seguir los pasos indicados para el establecimiento del nuevo Centro Panamericano incluyendo la aprobación final por el Consejo Directivo.

El PRESIDENTE: Agradecemos a los Dres. Arbona y Wegman por la magnífica presentación. Además, queremos que por su medio agradezcan en nombre de la presidencia a los Dres. Alfredo Arreaza Guzmán y Robert de Caires por este magnífico trabajo. Ponemos a discusión el tema.

Le Dr. Jeanne BROUELLE (France): Merci, M. le Président. Nous voudrions en effet, tout d'abord, remercier le Conseil exécutif et le Groupe de travail ainsi que le Secrétariat

pour le rapport global parfaitement documenté qu'ils nous ont présenté et les conclusions qui s'en dégagent. Nous partageons les avis qui ont été émis et nous ne voulons pas reprendre tous les points parce qu'ils sont trop nombreux, mais simplement en préciser quelques-uns, insister sur d'autres et surtout évoquer les suites qui pourraient y être données.

Tout d'abord en relation avec les procédures, il est en effet essentiel que les autorisations de création et de fin d'activités ou de transfert soient individualisées et soumises clairement de façon séparée et non englobée dans un ensemble d'activités au Conseil exécutif d'abord et au Conseil directeur ensuite; leur présentation doit être complète et étayée par des éléments suffisants tels que programme, conditions d'installation et de fonctionnement, structure administrative, études financières. En aucun cas ne devrait-il s'agir d'autorisation ou de retrait implicites comme cela s'est passé pour cinq des centres sur dix.

En deuxième lieu, nous nous référons au problème d'évaluation. Comme l'a souligné le rapport, il est indispensable que nous ayons des évaluations régulières, centre par centre et non globalement, bien entendu. Il est impossible que ce soit réalisé par le Conseil exécutif ou le Conseil directeur. Nous voudrions suggérer qu'à l'instar de ce qui a été déjà fait pour l'étude globale des centres, l'évaluation centre par centre soit confiée à un groupe ad hoc qui soit habilité à entreprendre des études dans chaque centre selon un rythme et un calendrier qui seraient fixés par le Conseil exécutif ou nous-mêmes. Le rythme à adopter est discutable, il pourrait s'étendre sur deux ou trois ans, mais il n'en est pas moins certain qu'un rythme devrait être arrêté. Il me semble, évidemment que ces études devraient être menées en consultation avec les autres institutions, les Comités intéressés, notamment le Comité consultatif de la recherche médicale et bien entendu les divers secteurs de la PAHO. Ainsi le Conseil directeur serait-il parfaitement éclairé par des études fort bien élaborées et il pourrait juger en toute connaissance de cause de l'opportunité de la poursuite des activités des centres.

Je voudrais insister sur le fait que, comme l'a dit le Rapporteur, ces évaluations devraient comporter non seulement l'étude des résultats mais aussi celle de la rentabilité et à cet égard, je me base sur une remarque que j'avais voulu faire au moment de l'étude financière et selon laquelle je faisais remarquer que seulement trois centres présentaient une étude financière individualisée. Or pour juger du rapport coût/efficacité, il est nécessaire que soient établis des comptes individualisés pour tous, autant pour la gestion d'ailleurs que pour les investissements qui ont un rôle important à jouer. Les évaluations que l'on pourrait mener n'empêcheraient pas bien entendu que les centres eux-mêmes soumettent un rapport directement chaque année ou tous les deux ans, mais il s'agirait des rapports d'activités des centres qui, en aucun cas, ne peuvent être considérés comme des évaluations.

On remarque toutefois que si quelques-uns d'entre eux le font jusqu'à présent, ils sont cependant très rares et les rapports sont généralement inclus seulement dans celui du Directeur, ce qui est certes très utile, mais peut-être insuffisant. Si la Conférence était d'accord, nous aimerions que tout ceci soit concrétisé par une résolution.

Je voudrais ajouter deux remarques. La diffusion de l'information par les centres nous paraît très importante, essentielle même et je me réfère particulièrement à celle qui a trait aux possibilités de formation, aux séances prévues, à leur orientation, au personnel intéressé et aux langues envisagées, ainsi que les dates. Pour notre part, nous sommes très mal informés, très ignorants à cet égard et nous ne pouvons pas utiliser les possibilités offertes par les centres, faute de renseignements quant à la formation prévue par ces centres. Nous avons des besoins; nous aimerions solliciter l'aide des centres, mais nous sommes incapables de le faire parce qu'il n'est pas possible de programmer la formation de certains médecins, de santé publique, des travailleurs sanitaires, puisque nous ignorons ce qui est prévu au niveau des centres.

Enfin, je voudrais encore faire état, pour terminer, de la question des contacts entre les centres et les gouvernements. Peut-être devrait-on les préciser également d'une façon

spéciale, en particulier en raison des relations qui s'établissent à titre entre les centres panaméricains et les organismes divers non gouvernementaux, les organismes scientifiques notamment. Certaines décisions qui impliqueraient l'avis du gouvernement ne peuvent être prises et les choses n'avancent pas. Il nous semble que tout en conservant des relations directes entre les centres panaméricains et ces organismes scientifiques, il serait nécessaire de porter à la connaissance des gouvernements les problèmes qui se posent chaque fois qu'une décision ou qu'une aide du gouvernement intéressé paraît souhaitable.

En terminant, notre délégation voudrait souligner l'intérêt qu'elle attache à la présence et au développement des centres panaméricains et c'est d'ailleurs dans ce sens qu'il faut interpréter nos interventions.

El Ing. OJEDA (Perú): Hemos escuchado con sumo interés la exposición hecha por los miembros del grupo de trabajo que tuvo a su cargo el examen de los centros panamericanos. Desde el día de ayer hemos estado escuchando el interés que tienen todos los países en participar en acciones conjuntas tanto bilaterales como multilaterales. En la mañana escuchamos al Director de la Oficina, que nos hacía un relato de lo acontecido en la 3ª Asamblea Mundial de la Salud e hizo un comentario en especial sobre tres acuerdos, uno sobre sistemas de información sanitaria, otro sobre la conferencia del agua, de Naciones Unidas, y el más importante sobre cooperación técnica entre países en desarrollo.

Esta tarde hemos escuchado un informe respecto al mismo tema, cooperación técnica entre países en desarrollo. Desde 1968, el Gobierno del Perú viene promoviendo su interés para la implantación de un centro panamericano de ingeniería sanitaria, y ofreció a nuestra patria como sede. En estos momentos el Gobierno del Perú ya hizo entrega de un moderno edificio como Centro Panamericano a la OSP para que funcione ahí el CEPIS.

Entiendo como lo relata el informe de los miembros del grupo de trabajo que han visitado el centro y lo catalogan como uno de los mejores de todos los que han visitado. Eso nos llena de mucha satisfacción y más aún porque el Gobierno y el pueblo del Perú creen en la cooperación y van a seguir apoyando al Centro Panamericano a pesar de todas las dificultades por las cuales estamos pasando. Sin embargo, fui instruido para decirles que este centro va a seguir contando con la ayuda del Gobierno del Perú. Al mismo tiempo hemos escuchado en las reuniones de comisión de que existe la necesidad de una mejor comunicación entre los países.

Pensamos que muchas experiencias valiosísimas que se están desarrollando en los países del Hemisferio deben de ser lo más rápido posible comunicadas y lo que realmente se necesita es crear o fortalecer vehículos de intercambio de información. Por ello nosotros vamos a presentar a consideración de los delegados un proyecto de resolución en la cual el Gobierno del Perú plantea el hecho de dar apoyo a una asociación interamericana de ingeniería sanitaria que dispone de una red informática a través de una revista que tiene ya más de 7,000 números y que se edita cada dos meses para integrarla en la red de información de ingeniería sanitaria y ciencias ambientales que tiene el CEPIS, cuyas siglas son REPIDISCA.

Creemos en lo que respecta a esta área de la salud pública que se cumple con una serie de resoluciones, entre ellas las que se mencionaron hoy en la mañana, de que todos los países aporten lo que esté a su alcance para cumplir con las metas de la década del agua que nuestros Gobiernos acordaron el año pasado en Mar del Plata.

Yo quisiera que por favor se pudiera repartir esta resolución y dar la oportunidad para incorporar dentro de la red informática del Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria, la red informática de la Asociación de Ingeniería Sanitaria.

El SECRETARIO: Como se trata de una resolución no necesariamente relacionada con el tema, y que se está distribuyendo actualmente, la Secretaría dará las copias correspondientes para distribuir las con anterioridad y discutirla en una sesión posterior de acuerdo con el reglamento. Sin embargo, la opinión propuesta por el Representante puede ser discutida en esta sesión.

Ms. KEFAUVER (United States of America): We would like to add our congratulations to the Study Group on its work and the major undertaking it involved. We are very much in support of Dr. Broyelle's comments and of her observation of the number of important points made in the report that in relation to the Centers need to be brought to the attention of the Member Governments. It is the view of my Delegation that the report is a very good first step, because of the many issues it brings out that require clarification and further assessment.

This first step should be followed by others before any specific action is taken, as suggested on page 20 of the report. Sufficient detail in each of the areas is required before we can actually propose a resolution. It has been recommended, for example, that we have a review of the objectives and the priorities of the Organization. It is possible that because of a further clarification of the current objectives and functions of the Centers, as proposed on page 14, consideration might be given to one or more of the five centers, that currently lack a formal juridical basis, receiving some other status than that of Pan American Center. If so, it would make it more difficult, if we formalized them now, to then change their status.

The proposed guidelines for creating new Centers, as well as the proposed standards and steps for the designation of associated national centers, appear to have been very carefully thought through. Nevertheless, we would be more reassured if they could be studied in greater detail by the Executive Committee before we act on them. In short, my Delegation proposes that this Conference take note of this excellent report. We would request that the Director prepare a supplement to this study of the existing centers in order to provide us with more detailed information about their responsibilities and operation and that he instruct the Executive Committee to then prepare recommendations on the various issues involved in this important area of PAHO's activity, to be presented to next year's Directing Council.

Dr. WEGMAN (Member, Study Group on the Pan American Centers): I would like to comment particularly on the suggestion of the Delegation of the United States of America. Certainly, the importance of considering this a first step is one with which the Study Group will eagerly concur. We have wrestled with the problem enough to understand its complexity. It seems to us that the next step would be to study each of the individual centers in much more technical detail than we were competent to do. On that basis the Council and the Conference would be in a better position to see the work of the Centers and the program.

Where I for one differ, and I believe I have the agreement of my colleagues on this, is with the last words of the Delegate of the United States of America, when she said in this "area of activity." The Study Group came to the conclusion very early that the work of the Centers is not an area of activity, rather they carry out the programs of PAHO.

Of the first degree of importance in the decision as to whether a center should be established or should continue to exist, to expand, or to contract, ought to be a prior decision as to what status the program area has within the total program of PAHO, and a secondary decision as to how the Centers fit into the way PAHO carries out that program. The problem, as we see it, is that if we concentrate in great detail on examining the work of any particular Center, it is easy to lose sight of the overall picture. The work in sanitary engineering, for example--about which the Delegate from Peru spoke adequately--involves the work of CEPIS, the collaborative work of AIDIS, and the total program of PAHO in relation to the environment. It is fundamental to the work of the whole question of the Centers to see them in perspective as a mode of action, rather than as an "area of activity" per se.

Ms. KEFAUVER (United States of America): I would agree with Dr. Wegman regarding my unfortunate choice of words in speaking of an "area of activity." Indeed, we agree that they are instruments to better develop programs of the Organization and the Region. However, I would like to reiterate, my basic point regarding the recommendation made in the report that the Committee legitimize and formalize the five Centers that have up to this point only received budgetary approval. We are most anxious to go forward with the review of the Centers, the current policies and programs, the various goals for implementing the regional goals of

the Organization. Since that is the major action required or requested in your report for the legitimization of the Centers, I was suggesting that perhaps this would be premature in light of the other recommendations regarding evaluation of the status of current or future Centers and the differences between Pan American Centers and affiliated national centers.

Dr. WEGMAN (Member, Study Group on the Pan American Centers): The Delegate of the United States of America is quite correct. I would not want the impression to be given, however, that this is the only specific action/recommendation we have made. Actually, this particular one was an addendum after the report was practically finished and when we realized on preparing Table 1 ("International Health Centers in the Americas Administered by the Pan American Health Organization") that five of the Centers have no specific juridical basis. It is, nevertheless, our understanding that when the Directing Council or the Conference passes a resolution, as I believe one has been prepared for this year, that that action accepts the program and the budget, not just the budget. Actually, the members of the Study Group would not be disturbed if the recommendation on establishing the Centers on an equal basis were ignored. It is just that I have long experience in making changes in relation to rules and regulations, accreditation, and so on. I know that at some stage it is essential to establish an equal base through the institution of what is called in English "the grandfather clause" --that is, to accept that some people may have acquired a status without all of the bases that one would like to have. But at least the start is on an equal basis, and I would think that it is perhaps easier to thus establish a center than if you had it on an uncertain basis.

Le Dr. Jeanne BROUELLE (France): Je crois que les propositions qui ont été faites ne sont pas du tout incompatibles; certains ont proposé la poursuite des études et nous avons proposé une résolution; je pense que les deux sont tout à fait conciliables. La poursuite des études est nécessaire mais il pourrait être envisagé facilement d'adopter une résolution au moins sur les points très clairs qui se dégagent du rapport; je veux parler en particulier des procédures d'établissement, d'autorisations, de retraits, d'activités, la nécessité d'évaluations, ceci au moins me semble devoir faire l'objet de résolutions. Au cours de cette Conférence on pourrait proposer une résolution limitée à certains aspects et qui incorporerait également la recommandation de poursuivre des études sur d'autres points.

El Ing. OJEDA (Perú): Me pareció escuchar que el Secretario ha indicado de que este proyecto de resolución que nosotros pedimos que se sometiera a consideración de los Delegados, no estaba dentro del tema. Expliqué claramente, Sr. Presidente, que es el aporte que hace esta Delegación a un centro panamericano. Por eso nosotros consideramos que esta resolución la planteamos en este tema porque era el más adecuado.

El PRESIDENTE: Tenemos entendido que por ser un punto de resolución único, específico, sería tal vez de mayor trascendencia para el Perú y para el centro, que esto se tomara en los puntos varios. Indudablemente, la proposición de proyectos de resolución del Perú cuenta con nuestro apoyo y yo no dudo que va a ser aprobado, pero queremos pasarlo mejor a puntos varios al final para que no distorciona la presentación de los centros panamericanos.

Ms. KEFAUVER (United States of America): Will the proposed resolution be translated into English?

El PRESIDENTE: Claro que sí, Dra., la recibirá. Se ofrece la palabra a los delegados, a los relatores. ¿Quiéren tener una nueva intervención? Agradecemos nuevamente la magnífica presentación de este trabajo. Esperamos que esa calidad que hemos observado en ese trabajo se mantenga en nosotros y que los dos miembros del grupo de trabajo que no están presentes sepan que esta Mesa Directiva les agradece su dedicación y su esfuerzo por este magnífico trabajo.

En vista de la hora no podremos tratar el siguiente punto por lo que levantamos la sesión.

The session rose at 5:30 p.m.
Se levanta la sesión a las 5:30 p.m.