



PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION  
WORLD HEALTH ORGANIZATION



## 47th DIRECTING COUNCIL 58th SESSION OF THE REGIONAL COMMITTEE

Washington, D.C., USA, 25-29 September 2006

---

CD47/SR/2  
25 September 2006  
ORIGINAL: ENGLISH-PORTUGUESE-  
SPANISH

### PROVISIONAL SUMMARY RECORD OF THE SECOND MEETING ACTA RESUMIDA PROVISIONAL DE LA SEGUNDA REUNIÓN

Monday, 25 September 2006, at 2:30 p.m.  
Lunes, 25 de septiembre de 2006, a las 2.30 p.m.

*President/  
Presidente:*

Hon. Leslie Ramsammy

Guyana

*Contents  
Contenido*

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

*(continued overleaf)  
(continúa al dorso)*

Note: This record is only provisional. The summaries of statements have not yet been approved by the speakers, and the text should not be quoted. Delegates are requested to notify the Conference Documents Center (Room 215), in writing, of any changes they wish to have made in the text. Alternatively, they may forward them to the Responsible Officer, Governing Bodies Team, Pan American Health Organization, 525 - 23rd Street, N.W., Washington, D.C., 20037, USA, by 31 October 2006. The final text will be published in the *Proceedings* of the Council.

Nota: Esta acta es solamente provisional. Las intervenciones resumidas no han sido aún aprobadas por los oradores y el texto no debe citarse. Se ruega a los Delegados tengan a bien comunicar al Centro de Documentación de Conferencias (Oficina 215), por escrito, las modificaciones que deseen ver introducidas en el texto. Como alternativa, pueden enviarlas al Oficial Responsable de Equipo, Cuerpos Directivos, Organización Panamericana de la Salud, 525 - 23rd Street, N.W., Washington, D.C., 20037, EUA, antes del 31 de octubre de 2006. El texto definitivo se publicará en las *Actas* resumidas del Consejo.

**CONTENTS** (*cont.*)  
**CONTENIDO** (*cont.*)

- Item: 4.14* Strategic Alliance for the Attainment of the Development Goals of the United Nations Millennium Declaration: Panel Discussion  
*Punto 4.14:* Alianza estratégica para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas: Debate de tipo panel
- Item 3.1:* Annual Report of the President of the Executive Committee  
*Punto 3.1:* Informe anual del Presidente del Comité Ejecutivo
- Item 7.2:* Abraham Horwitz Award for Leadership in Inter-American Health, 2006  
*Punto 7.2:* Premio Abraham Horwitz al Liderazgo en la Salud Interamericana, 2006
- Item 7.1:* PAHO Award for Administration, 2006  
*Punto 7.1:* Premio OPS en Administración, 2006

*The meeting was called to order at 2:40 p.m.  
Se abre la reunión a las 2.40 p.m.*

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

The PRESIDENT read out the report of the first meeting of the General Committee, establishing the hours of work of the Council, the working languages (English, French, Portuguese, and Spanish), and the dates and times of the elections for vacancies on the Executive Committee and other committees.

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

ITEM 4:14: STRATEGIC ALLIANCE FOR THE ATTAINMENT OF THE  
DEVELOPMENT GOALS OF THE UNITED NATIONS MILLENNIUM  
DECLARATION: PANEL DISCUSSION  
PUNTO 4:14: ALIANZA ESTRATÉGICA PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS  
OBJETIVOS DE DESARROLLO DE LA DECLARACIÓN DEL  
MILENIO DE LAS NACIONES UNIDAS: DEBATE DE TIPO PANEL

The PRESIDENT drew the attention of the Council to Document CD47/INF/2 and introduced the members of the panel: Dr. José Miguel Insulza, Secretary-General of the Organization of American States; Mr. Francisco Javier Salazar Saenz, Secretary of Labor of Mexico; Dr. Ginés González García, Minister of Health of Argentina; and Mr. Jorge Hernán Chiriboga, Vice Minister of Agriculture and Livestock of Ecuador.

El Dr. INSULZA (Secretario General de la OEA) reitera su compromiso político con el espíritu de la asociación estratégica intersectorial, iniciativa surgida dos años atrás cuando los ministros de trabajo de Canadá, México y El Salvador, en nombre de la Conferencia Interamericana de Ministros de Trabajo de la OEA, se dirigieron al Consejo Directivo de la OPS para destacar la importancia de coordinar la acción de los sectores de trabajo y salud. Después de ello, en la Región se procedió a articular actividades de los sectores laboral, ambiental y educacional, y ahora es frecuente que en las distintas reuniones de ministros de cada sector estén presentes como invitados especiales representantes de los otros sectores. Tal es el caso, por ejemplo, de la nutrida participación de representantes de distintos ministerios de países de la Región en las diversas reuniones de ministros de salud y medio ambiente, de trabajo y educación que se han celebrado en el último año, lo cual, además, pone de manifiesto el compromiso de los gobiernos en los foros hemisféricos.

Los Gobiernos de la Región han adoptado una perspectiva intersectorial y reconocen que la erradicación de la pobreza y de la exclusión social precisa de marcos integrados de políticas públicas. A este respecto, los Objetivos de Desarrollo del Milenio son un compromiso impostergable, especialmente el de reducir para el año 2015 en un 50% la proporción de personas que viven en pobreza extrema. A pesar de los esfuerzos realizados por los países de América Latina y el Caribe, aún viven en esa precaria condición más de 96 millones de personas.

Aunque ha habido avances en distintos sectores, en algunos países menos del 70% de los jóvenes no han terminado sus estudios primarios. Son los campesinos, los afro americanos, los pueblos indígenas y ciertos grupos de población marginal de las grandes urbes los que siguen teniendo un acceso restringido a la educación, a los servicios de salud o al empleo. Estos problemas no pueden abordarse de manera aislada, sector por sector, ni basta con hablar de cooperación entre los organismos internacionales. Se ha de fomentar, además, una cultura de cooperación y consulta de alcance tanto nacional como comunitario. Cabe aumentar asimismo el acceso a los servicios de salud, proveer educación de calidad para todos, velar por los derechos laborales, estimular el empleo decente, y afrontar los retos medioambientales y los desastres naturales, temas todos ellos estrechamente vinculados entre sí.

Por otro lado, el éxito en el cumplimiento de los objetivos de desarrollo del milenio no debe dissociarse de la implementación de una estrategia integral de desarrollo que articule políticas, programas y actividades intersectoriales. Sólo de este modo es posible vislumbrar lo que se considera una verdadera alianza estratégica. La evaluación de los objetivos del milenio realizada por la CEPAL hace dos años indica que, si bien se ha avanzado en su consecución, aún existen brechas en los países de menor desarrollo relativo de la Región. Por ello es sumamente importante que ningún país quede rezagado y que entre todos ellos fortalezcan las estrategias para avanzar de forma coordinada e intersectorial.

El Sr. SALAZAR (México), hablando como Presidente pro tempore de la 14.<sup>a</sup> Conferencia Interamericana de Ministros del Trabajo de la Organización de los Estados Americanos, celebrada en septiembre de 2005 en la ciudad de México, dice que en esa ocasión los ministros de trabajo del hemisferio suscribieron la Declaración de México, que refleja un acuerdo en pos del empleo digno. La seguridad y la salud en el trabajo son un componente esencial de dicha Declaración.

El tema de la salud de los trabajadores reviste gran importancia en los foros hemisféricos del más alto nivel. En la Declaración de Mar del Plata, emanada de la Cumbre de Jefes de Estado y de Gobierno y celebrada en noviembre de 2005 en Argentina, los gobiernos se han comprometido a proteger la salud y la seguridad de todos los trabajadores. De acuerdo con información publicada por la Organización Internacional del Trabajo, cada año en el mundo se registran aproximadamente 270 millones de accidentes de trabajo y 160 millones de personas contraen enfermedades profesionales. La Organización Internacional del Trabajo estima que 15% de la población mundial padece una enfermedad ocupacional o ha sufrido un accidente de trabajo, como consecuencia de lo cual cada año se registran 2,2 millones de víctimas mortales. Además, aproximadamente 30% de las personas desempleadas en el mundo declara padecer por causas laborales una enfermedad o lesión que afecta a sus posibilidades de reinserción laboral. En la Región, cerca de 30 millones de accidentes laborales causan ausencias de tres o más días de trabajo, y 148.000 defunciones están relacionadas con enfermedades o accidentes de trabajo.

Según cifras de la Organización Internacional del Trabajo, el número de accidentes laborales se ha estabilizado en los países industrializados, pero va en aumento en los países que se están desarrollando rápidamente. En Latinoamérica el número de accidentes de trabajo mortales ascendió de 29.500 en 1998 a 39.500 en 2001. A pesar de que en la Región hay países cuya producción industrial es de las mayores del mundo, la precariedad laboral no se ha logrado reducir, la informalización del empleo es un fenómeno generalizado y su incidencia ha aumentado en los últimos 10 años.

Cerca de la mitad de los trabajadores de la Región trabajan en empleos no regulados ni registrados por la autoridad laboral, lo cual se ha traducido en una disminución de la cobertura con protección y seguridad social y en un deterioro de las condiciones de los trabajadores de las Américas. En respuesta a esta realidad, en la 14.<sup>a</sup> Conferencia Interamericana de Ministros de Trabajo se destacó la importancia de promover la prevención en las esferas de la salud y la seguridad laborales, así como la necesidad de adoptar un enfoque integrado con políticas ambientales y otras políticas públicas como las de empleo, salud y seguridad social. Los jefes de Estado y de gobierno que asistieron a la cuarta Cumbre de las Américas reafirmaron las prioridades y medidas previstas en la Declaración y el Plan de Acción de México y el acuerdo de promover marcos integrados de políticas públicas para proteger la salud y la seguridad de todos los trabajadores e impulsar una cultura de prevención y control de riesgos ocupacionales. En el plan de acción de Mar del Plata se propone impulsar alianzas estratégicas entre los sectores laboral, sanitario, ambiental y educativo.

En el marco de estos esfuerzos, la Organización Panamericana de la Salud ha promovido alianzas estratégicas entre los ministros de educación, salud, trabajo y medioambiente con objeto de mejorar las condiciones de salud y el bienestar de los trabajadores. Y con este mismo propósito, México tuvo la iniciativa de fortalecer las mencionadas alianzas estratégicas para avanzar en la protección social así como en acciones nacionales y subregionales que promuevan ambientes de trabajo saludables, mejores condiciones de salud y seguridad de los trabajadores y ofertas conjuntas de formación profesional. Los organismos internacionales desempeñan un papel fundamental en estos esfuerzos, como lo demuestran los avances logrados en la Conferencia Interamericana de Ministros de Trabajo o en los talleres sobre seguridad y salud ocupacional de El Salvador o de información sobre el VIH de Brasil.

La mejor manera de reducir la pobreza en el hemisferio no son los programas asistencialistas, sino el empleo digno, seguro, productivo y bien remunerado. En la Región vive 8,4% de la población mundial que produce 5,5% de la producción mundial y representa 8% del poder de compra en el mundo. Para alcanzar las metas propuestas en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, en particular la erradicación de la pobreza extrema, se deben reconocer los derechos de los trabajadores, entre ellos el de trabajar en condiciones seguras, porque se trata de algo inseparable del bienestar y de la calidad de vida. Es preciso asegurar no solamente el derecho al empleo, sino velar por que los trabajadores desarrollen su labor al amparo de la legalidad, y en un contexto de diálogo, colaboración, compromiso y responsabilidad social por parte de los agentes de la



producción. Los gobiernos tienen la responsabilidad inequívoca e irrenunciable de asegurar el respeto a la dignidad humana y de avanzar hacia la realización plena de todos los derechos humanos.

El Dr. GONZÁLEZ GARCÍA (Argentina) da cuenta de la reunión de Ministros de Salud y Medio Ambiente celebrada en Mar del Plata, en la cual se acordó establecer alianzas estratégicas encaminadas al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y se pusieron de relieve la intersectorialidad, la colaboración entre los ministerios, la integración tanto dentro como fuera de los países. La participación en ella de organismos tales como la OMS, la OPS, el PNUMA, la CEPAL o el UNICEF aportó distintas visiones y puntos de vista.

América Latina no es la región más pobre sino la más injusta del mundo. Además de los esfuerzos macroeconómicos vinculados con la economía, los programas de salud y sociales tendrán en los próximos años un gran peso específico vinculado con la distribución equitativa de los ingresos, del bienestar y de las oportunidades de convivencia democrática. Si bien el mercado de trabajo es el mayor y mejor distribuidor, su recuperación es todavía lenta, mientras que las políticas sectoriales activas tienen un formidable componente redistributivo y, en muchos casos, como el del sector de la salud, ese componente es casi inmediato.

En América del Sur, se ha terminado con la desnutrición aguda, aunque persisten algunas de las consecuencias de la desnutrición crónica, pero el hambre se ha reducido

casi hasta desaparecer y ha disminuido notablemente la mortalidad infantil. En Argentina han mejorado mucho los indicadores sociales y sanitarios y ello obedece a políticas sanitarias y sociales activas. También han mejorado el acceso al agua potable y la equidad de género en la educación, pero persiste el desafío de universalizar la educación primaria y el saneamiento en las zonas urbanas y periurbanas, así como el de la sustentabilidad y la sostenibilidad medioambientales. Algunos países han conseguido el acceso universal a los servicios de atención primaria de salud, lo que representa la estrategia más equitativa y efectiva en función del costo para reducir las desigualdades de acceso. En cuanto a las nuevas epidemias, como la de violencia intra y extra familiar y la de VIH/SIDA, si bien se han obtenido algunos buenos resultados, también se han registrado ciertos fracasos vinculados con el aumento del número de niñas y adolescentes con infecciones a causa del abuso sexual.

Entre los obstáculos que dificultan el logro de los Objetivos del Milenio figuran los económicos y financieros, pero también problemas políticos, administrativos e institucionales, junto a la falta de coordinación entre los países y dentro de los países entre las distintas áreas de gobierno. Entre las dificultades económicas y financieras cabe destacar la deuda y las catástrofes financieras. Se habla mucho de las consecuencias para la salud de las catástrofes naturales, como por ejemplo, el número de fallecidos por causa del tsunami o del huracán Katrina, pero en general nadie menciona las muertes atribuibles a catástrofes financieras, que suelen ser peores y han sucedido en varios países del mundo, ni las consecuencias de la corrupción.

Las crisis han generado debilidades institucionales y por ello debe aumentarse la capacidad institucional y fortalecerse el desarrollo de programas comunes dirigidos a problemas comunes de distintos países. En necesario, por último, mejorar los sistemas de información y de asistencia técnica, incorporar y mejorar la participación de la sociedad civil para garantizar la sustentabilidad de los proyectos políticos y profundizar en las políticas sociales integradas.

El Sr. CHIRIBOGA (Viceministro de Agricultura y Ganadería del Ecuador), refiriéndose a los resultados de la 14.<sup>a</sup> Reunión Interamericana a Nivel Ministerial en Salud y Agricultura (RIMSA), y a la reunión de ministros celebrada con ocasión de la 13.<sup>a</sup> Reunión Ordinaria de la Junta Interamericana de Agricultura, celebrada en la ciudad de Guayaquil en 2005, dice que se habló de fortalecer la coordinación sectorial y multisectorial para facilitar la implementación de las políticas de Estado y mejorar la agricultura y la calidad de vida en las comunidades rurales, y que se hizo hincapié en que disponer de cantidades suficientes de alimentos inocuos constituye la base para el progreso y para el alivio de la pobreza.

Por otro lado, en el acuerdo ministerial de Guayaquil se ratificó la implementación y seguimiento del Plan agro 2003-2015 y se actualizó la Agenda global para los años 2007 y 2010, poniendo énfasis, entre otros, en los siguientes ejes temáticos: el fortalecimiento del desarrollo económico local con el apoyo de la inversión pública privada; la promoción del manejo integral de la calidad en las cadenas agro-productivas; la promoción de un desarrollo de los productos basados en una correcta aplicación de la

biotecnología, así como de políticas que incentiven la energía de fuentes alternas; la consolidación de la producción y comercialización de los productos agrícolas sustentables, especialmente de la agricultura orgánica; el fomento del concepto de responsabilidad social en las empresas rurales, y del desarrollo rural integrado y basado en un enfoque multisectorial y, por último, la promoción de políticas públicas a largo plazo en favor del desarrollo del sector agroalimentario y del medio rural. Estos temas se abordaron en un marco de coordinación sectorial y multisectorial con objeto de facilitar la implementación de estas políticas de Estado, para cuya consecución se requiere del apoyo de los organismos internacionales.

En este sentido, señala que, para los próximos 10 años, Ecuador cuenta con políticas públicas consensuadas entre distintos sectores sociales dirigidas al sector agropecuario y que, con independencia del gobierno que esté en el poder, se ha capacitado a todos los sectores para que lleven a cabo dichas políticas de modernización del sector agropecuario y de mejora de las condiciones de vida de los agricultores y de las comunidades rurales.

En la 14.<sup>a</sup> Reunión de la RIMS A se adoptaron resoluciones relativas a la fiebre aftosa, se respaldaron las conclusiones de los acuerdos de la 4.<sup>a</sup> reunión de la Comisión Panamericana de Inocuidad de los Alimentos, y se promovió la seguridad alimentaria y el desarrollo local por medio de planes de acción en materia de inocuidad alimentaria. En este sentido, destaca que la RIMS A y la Reunión de Ministros de Agricultura de

Guayaquil son complementarias y que ambas tienen como objetivo el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Ecuador está desarrollando distintos programas para la prevención de zoonosis, así como fortaleciendo las capacidades técnicas de la sanidad agropecuaria. Por añadidura, se han hecho avances en la elaboración de productos orgánicos en las Islas Galápagos, se ha fortalecido el programa de erradicación de la fiebre aftosa, se han desplegado planes intersectoriales entre los ministerios de agricultura, salud y medioambiente, y se ha puesto en funcionamiento un programa especial de seguridad alimentaria, en el cual también intervienen varios ministerios. Este programa está basado en tres programas alimentarios: Aliméntate Ecuador, el Programa Pan 2000 y el Programa de nutrición escolar. Además, Ecuador ha creado el sistema nacional de inocuidad de alimentos, ha reformado la ley para respaldar el marco jurídico que regula dicho sistema, ha mejorado los sistemas de gestión de calidad en las cadenas agroalimentarias, se ha incorporado a la Red Global de Seguridad Alimentaria (INFOSAN), y ha desarrollado programas de trazabilidad.

Finalmente indica que todos estos avances realizados en Ecuador a favor del cumplimiento de los Objetivos del Milenio no serían posibles sin un crecimiento económico y sin una política social que integre las dimensiones local, regional y nacional.

Dr. CAMPBELL-FORRESTER (Jamaica) noted that the adoption of the Millennium Development Goals by Member States committed the international community to an expanded vision of development—one that vigorously promoted human and economic progress in all countries and that recognized the importance of strategic alliances and partnerships for development. Document CD47/INF/2 and the panel presentations clearly showed the progress brought about by strategic alliances between ministries of health, education, labor, environment, and agriculture. The aim of such alliances was to promote and strengthen the development of an intersectoral framework that would contribute to the achievement of the MDGs, provide inspiration for the Health Agenda for the Americas, and propose joint actions to improve the health of the people of the Region. Alliances had to be formed at all levels to inform public policy, to reorient health systems, and to drive implementation. There was a particular need to strengthen alliances with the private sector, nongovernmental organizations, and the media and to inform and educate the people of the Region about the Goals.

The countries of the Caribbean Community (CARICOM) had built strong intersectoral links for implementing the MDGs. One example was the alliance between the Barbados Family Planning Association and the Government of Barbados in improving maternal health. Governments, however, should move towards strengthening alliances with universities in the Region with a view to employing mechanisms for monitoring and evaluation of the achievement of the Goals. It was also important to continue strengthening partnerships between the health, environment, and agriculture

sectors in preparation for avian influenza. In the Caribbean, approximately 80% of protein content came from chicken. An outbreak of avian influenza would therefore present a serious threat to food security and to the livelihood of poultry and egg producers. Alliances were also needed to reduce deforestation, protect surface water from contamination, and prevent disasters.

Strategic alliances had wide implications for health, development, and economic prosperity in a global environment. They were of particular interest to small island developing States such as those in the Caribbean, which were working towards a single Caribbean market and economy. Forging alliances with the labor sector and with external partners was also critical for the Caribbean countries as they sought to deal intelligently with the issue of movement of their health work force and migration of health workers outside the Region.

Ms. SUTTON (Canada) said that Canada recognized the important progress brought about through strategic alliances between ministries of health, education, labor, environment, and agriculture in the Region. It was through the combined strengths of inter-American and intersectoral frameworks that health outcomes in the Region would be improved and progress towards the Millennium Development Goals would be attained. Strategic intersectoral alliances and interagency collaboration were also essential to address the critical development challenges of poverty and inequity. Canada also recognized that good health was both a resource for development and the aim of development, and it encouraged the adoption of development policies whereby

programming in all sectors would be undertaken in such a way as to maximize the opportunity to improve health, whether directly or indirectly. Finally, Canada wished to reiterate the importance of integrating gender equality in the development and implementation of an intersectoral framework that would contribute to the achievement of the Millennium Development Goals.

El Sr. CHECHILNITZKY (Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria y Ambiental) considera que no se da suficiente prioridad al desarrollo del sector del agua y el saneamiento, que tanto en el informe como en el debate aparece un poco relegado. La Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria y Ambiental observa con temor y preocupación que se está muy lejos de llevar el ritmo que permita alcanzar las metas del Milenio y el Segundo Decenio del Agua. Por ello, la Asociación auspicia la celebración de un primer Foro Interamericano para la Prestación de Servicios Sanitarios, en Chile, precedido de una reunión preparatoria en Punta del Este.

El Dr. SALGADO (Chile) dice que no bastan las estrategias y las intervenciones sanitarias directas para lograr avances significativos en los indicadores del sector de la salud. También se requiere una inversión social. Asimismo, aumentó la complejidad de las variables sociales, políticas y económicas de cada país, lo cual incide en la toma de decisiones de nivel político y técnico y las de la población que se han modificado en los últimos años. De este modo, es más difícil para las autoridades sanitarias manejar todas las variables en pos del cumplimiento de los Objetivos del Desarrollo del Milenio. En Chile se trabaja en todas las áreas para obtener avances significativos y mejorar los



indicadores respecto a las materias que corresponden al sector en este desafío universal. Se intenta alcanzar la universalidad de la atención para mejorar la equidad y disminuir las desigualdades entre la población en materia de salud, especialmente en relación con la salud infantil, la salud materna y la lucha contra el SIDA y otras enfermedades.

Para alcanzar los Objetivos del Milenio es importante el trabajo intersectorial. Cabe citar a este respecto la labor en materia de salud infantil, realizada con una importante participación del sector de la educación, así como en salud nutricional, mediante el auxilio escolar y becas, y en muchos otros aspectos del trabajo intersectorial. Todo ello ha permitido que en Chile se estén cumpliendo la mayor parte de los Objetivos del Milenio. Y por ello se complace en apoyar las iniciativas de la OPS en este campo. Sólo incrementando y fortaleciendo los mecanismos para influir en los determinantes sociales, e invirtiendo en la infancia, se podrá llegar al 2015 habiendo cumplido los Objetivos del Milenio.

Dr. ALVAREZ DA SILVA (Brasil) saudou o documento “Aliança Estratégica para atingir as Metas de Desenvolvimento do Milênio” e mencionou o compromisso de seu Governo com a erradicação da fome e da pobreza, o que levou no ambiente internacional, ao lançamento da ação global contra a fome e a pobreza em 2004. Ele considerou importante a ação consertada, entre diversos ministérios, como Saúde, Agricultura e Comércio Exterior, para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.

O Delegado enfatizou a importância da cooperação internacional, de acordo com o objetivo do milênio número 8, “Construção de uma Parceria Internacional para o Desenvolvimento”, bem com o cumprimento pelos países desenvolvidos da meta de atingir 0,07 % do PIB como ajuda oficial ao desenvolvimento.

Ele informou sobre o lançamento na 61.<sup>a</sup> Assembléia Geral das Nações Unidas, da Central Internacional de Compra de Medicamentos — a UNITAID — uma iniciativa do Brasil, Chile, França, Noruega e Reino Unido que já conta com o apoio de mais de 40 países, no marco dos mecanismos inovadores de financiamento para o desenvolvimento.

La Directora dice que el tema de la alianza intersectorial es una preocupación natural del sector de la salud que ya estaba presente como uno de los elementos básicos en la Conferencia Internacional de Alma Ata donde se consagró la estrategia de atención primaria y se hizo un llamado muy fuerte a la acción intersectorial y a la participación social. Ahora el tema de la salud ha pasado a ser central para la agenda política con la proclamación de los Objetivos del Milenio, y también ahora la Alianza estratégica ha entrado en la agenda política para el desarrollo.

Con la Organización Internacional del Trabajo se ha colaborado, dentro de la agenda común en lo que se refiere a la seguridad social y su conversión a un concepto mas amplio de protección social de los trabajadores y de los ciudadanos, y a muchos otros temas en esta esfera. En el sector de la educación se ha venido trabajando durante muchos años con la UNESCO en el desarrollo de habilidades para la vida, el tema de la

salud escolar y la formación de recursos humanos a todos los niveles, así como en la introducción de contenidos en el currículo educativo formal de muchos de los aspectos que interesan al tema de la salud. En cuanto al medio ambiente se ha trabajado con la OEA y con el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente, en primer lugar en lo que se refiere al tema del agua y el saneamiento y al de los alimentos que son dos requisitos vitales para la salud. Además, como surgieron decisiones de la Cumbre de las Américas, se está trabajando en la eliminación del plomo de la gasolina, en los problemas generados por los cambios climáticos y su repercusión sobre los desastres en el manejo de sustancias químicas, y más recientemente, en la agenda completa de lo que llamamos ambiente saludable para los niños que abarca desde el tema del agua hasta inclusive un ambiente propicio libre de violencia para los niños. Y con los tradicionales colegas de agricultura, el IICA y la FAO, se ha trabajado fundamentalmente en temas de seguridad alimentaria, zoonosis, protección de alimentos y, en el caso particular de la problemática de las Américas, en la fiebre aftosa y de nuevas enfermedades, sobre todo la relación entre salud humana y salud animal, y más adelante será preciso ocuparse de la influenza pandémica y la influenza aviar.

También cabe citar un enfoque tripartito de la salud de los docentes, la salud de los trabajadores docentes y la salud de los trabajadores de salud, así como la colaboración con el sector agrícola para dar oportunidades a los jóvenes y las mujeres con educación, agricultura y trabajo a fin de establecer “municipios saludables y productivos”, lo que requiere dos niveles: el político y el de los determinantes sociales de la salud. Además, es

preciso trabajar para hacer realidad los Objetivos del Milenio en el nivel local. No serán realidad estos Objetivos si no se llega a los más desfavorecidos. En el continente americano hay barreras estructurales que no permiten mejorar ni el empleo ni la distribución de la riqueza, y ello demanda una acción política a nivel global, regional y nacional junto con la acción local. En colaboración con los organismos de las Naciones Unidas, los gobiernos de los países han lanzado una iniciativa especial, “Rostros y lugares” para poner a las personas en el centro de la atención. Se quiere hacer un énfasis muy particular en la Región en el tema de la equidad y en que el ciudadano común entienda cuales son los Objetivos del Milenio. Hay que pasar de pensar en países pobres a pensar en gente pobre, porque gente pobre y comunidades pobres tienen todos los países de la Región, los más ricos y los más pobres.

Algunas de las ideas o acciones claves consisten en centrarse en intervenciones críticas, de las que se tiene mucha experiencia en el continente. Es decir, no se necesita reinventar la rueda, sino que la rueda se mueva. Por eso se ha trabajado con un primer grupo de países, aunque lo oferta está abierta a todos. Se ha escogido con ellos, en cada país, un municipio y una comunidad para trabajar juntos.

También se está trabajando sobre la primera estrategia regional conjunta de Centroamérica, donde cada uno de los países se ha comprometido a desarrollar una guía a nivel municipal. La segunda estrategia regional se está desarrollando con los países miembros del Tratado de Cooperación Amazónica, donde se ha seleccionado una alianza entre tres municipios de una de las zonas más pobres y más alejadas para avanzar en la

llamada a la acción para convertir en realidad la idea de la acción intersectorial y poder aplicarla tanto al nivel más alto de la política pública como para hacerla visible para aquellos que son los que más la necesitan.

ITEM 4.8: DISABILITY: PREVENTION AND REHABILITATION IN THE CONTEXT OF THE ENJOYMENT OF THE HIGHEST ATTAINABLE STANDARD OF PHYSICAL AND MENTAL HEALTH AND OTHER RELATED RIGHTS (cont.)

PUNTO 4.8: LA DISCAPACIDAD: PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN EN EL CONTEXTO DEL DERECHO AL DISFRUTE DEL MÁS ALTO NIVEL POSIBLE DE SALUD FÍSICA Y MENTAL Y OTROS DERECHOS RELACIONADOS (cont.)

El Dr. Alleyne (Panamá) presenta el proyecto de resolución (CD47.R1):

***THE 47th DIRECTING COUNCIL,***

Having seen the report, “Disability: Prevention and Rehabilitation in the Context of the Right to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health and Other Related Rights,” (Document CD47/15) and Resolution WHA58.23 of the World Health Assembly of WHO (2005) on disability;

Bearing in mind that approximately 60 million people in the Region of the Americas are currently living with some type of disability;

Aware that disability may arise from perinatal risks and childbirth, chronic diseases, malnutrition, accidents of all types, violence (especially gender violence), armed conflicts, occupational risk factors, poverty, drug and substance abuse, and the aging of the population;

Underscoring that persons with disabilities often have limited physical and financial access to treatment, essential drugs, and good quality health products, services, and rehabilitation compared to other human beings;

Recalling the International Classification of Functioning, Disability, and Health, officially ratified during the 54th World Health Assembly in 2001, the Inter-American Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Persons with Disabilities, and Resolution CD43.R10 of the Directing Council of PAHO (2001), which

urges the Member States to update the legal provisions protecting the human rights of persons with mental disabilities;

Considering that the United Nations Ad Hoc Committee has adopted the draft text of the “Comprehensive and Integral International Convention on the Protection and Promotion of the Rights and Dignity of Persons with Disabilities;” and

Mindful of Declaration AG/DEC.50 (XXXVI-0/06) on the “Decade of the Americas for the Rights and Dignity of Persons with Disabilities (2006-2016), approved by the OAS General Assembly during its Thirty-Sixth Regular Session in Santo Domingo, Dominican Republic,

***RESOLVES:***

1. To urge the Member States to:
  - (a) consider ratifying or acceding to the Inter-American Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against People with Disabilities (OAS) and raise public awareness to promote and protect the human rights and fundamental freedoms of persons with disabilities;
  - (b) adopt national policies, strategies, plans, and programs on disability, its prevention, and rehabilitation that respect international standards on disability such as the United Nations Standard Rules for the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities;
  - (c) adopt a comprehensive rehabilitation model, whose primary objective is to prevent, minimize, or reverse the consequences of the loss or alteration of functions and influence the factors that impede full participation;
  - (d) adopt measures to facilitate the safe use and access by all people to shared infrastructure and spaces, public and private, urban and rural, including furnishings and other supportive equipment, transportation, communication, and information, especially the health and rehabilitation services necessary for maintaining functional capacity;
  - (e) promote the creation of community rehabilitation programs and strategies with the participation of the organizations for persons with disabilities linked with health care at different levels, and integrated into the health system;
  - (f) promote the development of health policies and programs that include the prevention and detection of disabilities, and early intervention to address them,

- counseling for families and persons with disabilities; and the consideration of persons with disabilities in all health initiatives;
- (g) promote the delivery of appropriate, timely, and effective medical care for persons with disabilities, including access to diagnostic and rehabilitation services, as well as services that provide assistive technologies that facilitate the functional independence of persons with disabilities to achieve their integration into society;
  - (h) consider guaranteeing to persons who cannot perform their activities of daily living on their own, and to their families and caretakers, access to the basic services that they require, based on their degree of functional need;
  - (i) safeguard the human rights of persons with disabilities, including equal access to health care, education, housing, and employment;
  - (j) foster respect for the rights and dignity of persons with disabilities and combat stereotypes, prejudices, and harmful practices relating to persons with disabilities;
  - (k) strengthen and develop rehabilitation services for all persons, regardless of their disability, so that they can achieve and maintain an optimal level of function, autonomy, and well-being;
  - (l) promote research on the causes of disabilities and effective measures to prevent them that includes the use of methodologies for recording and analyzing disability data;
  - (m) amend their disability laws as appropriate and adapt them to conform with the applicable international norms and standards, and
  - (n) participate in and collaborate as appropriate with the Committee of the Inter-American Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Persons with Disabilities.
2. To request the Director to:
- (a) consolidate and strengthen PAHO's commitment to cooperate with the Member States to promote and protect the quality of life of persons with disabilities and their enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health and other rights, ensuring especially that all of their programs and initiatives make use of the necessary information and statistics in this area;

- (b) promote disability incidence, prevalence, and cause studies as the basis for risk factor reduction and prevention, treatment, and rehabilitation strategies;
- (c) facilitate Member States' collaboration with teaching institutions, the private sector, and nongovernmental organizations, especially organizations of persons with disabilities and those that promote the protection of and respect for persons with disabilities, in order to take steps to reduce the risk factors that lead to disabilities and protect enjoyment of the highest attainable standard of health and other rights of persons with disabilities; and
- (d) consolidate and strengthen the technical collaboration of PAHO with the committees, organs, and rapporteurships of the United Nations and inter-American systems devoted to protecting the rights of persons with disabilities, such as the Ad Hoc Committee on the Comprehensive and Integral International Convention on the Protection and Promotion of the Rights and Dignity of Persons with Disabilities and the Committee of the Inter-American Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Persons with Disabilities, among others.

***El 47.º CONSEJO DIRECTIVO,***

Visto el informe “La discapacidad: prevención y rehabilitación en el contexto del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental y otros derechos relacionados” (documento CD47/15) y la resolución WHA58.23 de la Asamblea Mundial de la Salud de la OMS (2005) sobre la discapacidad;

Teniendo en cuenta que en la Región de las Américas actualmente viven, aproximadamente, 60 millones de personas con algún tipo de discapacidad;

Consciente de que la discapacidad puede surgir de riesgos perinatales y del parto, las enfermedades crónicas, la malnutrición, los accidentes de todo tipo, la violencia, los conflictos armados, los riesgos laborales, la pobreza, el abuso de drogas y sustancias y el envejecimiento de la población;

Subrayando que las personas con discapacidades frecuentemente tienen un limitado acceso físico y económico a tratamientos, medicamentos esenciales, bienes y servicios de salud y rehabilitación de buena calidad y en pie de igualdad respecto a otros seres humanos;

Recordando la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, ratificada oficialmente en la 54.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud en 2001, y la Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad y la resolución CD43.R10 del



Consejo Directivo de la OPS (2001) en la que se exhorta a los Estados Miembros a que actualicen las disposiciones jurídicas que protegen los derechos humanos de las personas con discapacidades mentales;

Teniendo en cuenta que el Comité Ad Hoc de las Naciones Unidas ha adoptado el borrador de la “Convención internacional amplia e integral para promover y proteger los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad”, y

Teniendo presente, la Declaración AG/DEC.50 (XXXVI-0/06) “Decenio de las Américas: por los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad” (2006-2016), aprobado por la Asamblea General de la OEA en su XXXVI periodo ordinario de sesiones celebrado en Santo Domingo, República Dominicana,

**RESUELVE:**

1. Instar a los Estados Miembros a que:
  - (a) consideren ratificar o suscribir la Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad (OEA) y que sensibilicen al público en general con relación a la promoción y protección de los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas con discapacidades;
  - (b) adopten políticas, estrategias, planes y programas nacionales sobre discapacidad, su prevención y rehabilitación que respeten los estándares internacionales sobre discapacidad tales como las Normas Uniformes de las Naciones Unidas sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad;
  - (c) adopten un modelo de rehabilitación integral, cuyo objetivo primario sea prevenir, minimizar o revertir las consecuencias de las pérdidas o alteraciones funcionales e incidir sobre los factores que impidan la participación plena;
  - (d) adopten medidas para facilitar el uso y accesibilidad, con seguridad, de todas las personas a las infraestructuras y espacios compartidos, públicos y privados, urbano y rural, incluyendo el mobiliario y equipamiento de apoyo, transporte, comunicación e información, en especial con relación a los servicios de salud y rehabilitación necesarios para mantener la capacidad funcional;
  - (e) promuevan la creación de programas y estrategias comunitarias de rehabilitación con la participación de las organizaciones de personas con discapacidades que estén vinculadas a la atención de salud en sus diferentes niveles e integradas en el sistema de salud;

- (f) promuevan el desarrollo de políticas y programas de salud que contemplen la prevención y detección de las discapacidades, la intervención temprana, el asesoramiento a las familias y a las personas con discapacidad, y la inclusión de las mismas en todas las iniciativas de salud;
  - (g) promuevan la prestación de atención médica apropiada, oportuna y eficaz, para las personas con discapacidad, incluyendo el acceso a los diagnósticos, a los servicios de rehabilitación, así como a servicios que proporcionen tecnologías de asistencia técnica que faciliten la independencia funcional de las personas con discapacidad con la finalidad de lograr su integración social;
  - (h) consideren garantizar el acceso a las prestaciones básicas que requieran, según su grado de necesidad funcional, a las personas que no pueden valerse por sí mismas en la realización de las actividades de la vida diaria;
  - (i) resguarden los derechos humanos de las personas con discapacidad, incluidos el acceso en igualdad de condiciones a la atención a la salud, educación, vivienda y empleo;
  - (j) promuevan el respeto a los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad y combatan estereotipos, prejuicios y prácticas dañinas relacionadas con las personas con discapacidad;
  - (k) fortalezcan y desarrollen los servicios de rehabilitación, para la atención de todas las personas, independientemente de su discapacidad, a fin de que logren alcanzar y mantener un nivel óptimo de funcionamiento, autonomía y bienestar;
  - (l) promuevan la investigación sobre las causas de discapacidad y medidas efectivas para prevenirlas, que incluya la implementación de metodologías de registro y análisis del dato de discapacidad;
  - (m) revisen sus legislaciones sobre discapacidad según corresponda y las adecuen de conformidad con la normativa y estándares internacionales aplicables;
  - (n) participen y colaboren según corresponda con el Comité de la Convención Interamericana para la eliminación de todas formas de discriminación contra las personas con discapacidad.
2. Solicitar a la Directora que:
- (a) consolide y fortalezca el compromiso de la OPS de cooperar con los Estados Miembros para promocionar y proteger la calidad de vida de las personas con discapacidades, su goce al grado máximo de salud física y mental que se pueda

- lograr y otros derechos, en especial incorporando en todos sus programas e iniciativas la información necesaria y estadísticas sobre este tema;
- (b) promueva estudios de incidencia, prevalencia y causa de las discapacidades como base para la formulación de estrategias para la reducción de factores de riesgo, de prevención, tratamiento y rehabilitación;
  - (c) facilite la colaboración de los Estados Miembros con entidades docentes, el sector privado y las organizaciones no gubernamentales, especialmente las organizaciones de personas con discapacidades y de aquellas que promuevan la protección y el respeto de las personas con discapacidad para implementar medidas que contribuyan a reducir los factores de riesgo que llevan a la discapacidad y protejan el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr y otros derechos de las personas con discapacidades;
  - (d) consolide y fortalezca la colaboración técnica de la OPS con los comités, órganos y relatorías del sistema de Naciones Unidas e interamericano vinculados a la protección de los derechos de las personas con discapacidades tales como el Comité especial encargado del proceso de formulación de la “Convención internacional para proteger y promover los derechos de las personas con discapacidad”, y el Comité de la Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad, entre otros.

*Decision:* The proposed resolution was adopted.<sup>1</sup>

*Decisión:* Se aprueba el proyecto de resolución.<sup>1</sup>

O Dr. ÁLVAREZ DA SILVA (Brasil) solicitou que na versão em português o termo a ser usado fosse “pessoas portadoras de deficiência”, e não “de incapacidade”.

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

TEMA 3.1: INFORME ANNUAL DEL PRESIDENTE DEL COMITÉ EJECUTIVO

---

<sup>1</sup> Resolution CD 47.R1

<sup>1</sup> Resolución CD 47.R1

El Dr. GONZÁLEZ GARCÍA (Presidente del Comité Ejecutivo) presenta el informe de trabajo del comité y sus diversos subcomités entre septiembre del 2005 y septiembre del 2006. Se celebraron las reuniones 137.<sup>a</sup> y 138.<sup>a</sup> del Comité Ejecutivo, el Subcomité de Planificación y Programación su 40.<sup>a</sup> sesión y el Grupo de Trabajo sobre la Racionalización de los Mecanismos de Gobernanza de la OPS, dos reuniones en persona y una reunión virtual.

Los Miembros que han trabajado en este período han sido, Antigua y Barbuda, Argentina, Barbados, Canadá, Chile, Costa Rica, Cuba, Panamá y Venezuela. El Comité Ejecutivo celebró su 137.<sup>a</sup> sesión el 30 de septiembre del 2005. Contó con la presencia de todos los Miembros y también estuvieron presentes observadores de los Estados Unidos de América, México y Puerto Rico. Argentina fue elegida para ocupar la Presidencia del Comité Ejecutivo en la 137.<sup>a</sup> y en la 138.<sup>a</sup> sesiones. Costa Rica fue elegida para la Vicepresidencia y Canadá para la Relatoría. Durante la sesión 137.<sup>a</sup>, el Comité eligió distintos miembros para integrar sus diversos subcomités en reemplazo de los miembros cuyo mandato había terminado. Venezuela fue elegida para formar parte del Subcomité de Planificación y Programación y Panamá, para el Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales. Además, el Comité estableció el Grupo de Trabajo sobre la Racionalización de los Mecanismos de Gobernanza de la OPS y nombró para formarlo a Argentina, Barbados, Canadá, Costa Rica y Cuba con Canadá en la presidencia. El Comité también fijó la fecha para la 40.<sup>a</sup> sesión del Subcomité de Planificación y Programación, la 138.<sup>a</sup> sesión del Comité Ejecutivo y 47.<sup>a</sup> Consejo Directivo.

Asimismo, el Comité propuso los temas para el programa del Subcomité de Planificación y Programación. También tocó los dos temas de políticas de programas estrechamente relacionados durante la 137.<sup>a</sup> sesión: modificación del reglamento sanitario internacional para la Región de las Américas y el Plan de Contingencia para una pandemia de gripe.

El Comité recalcó que los planes de preparación antigripales deben ser multisectoriales y la necesidad de fortalecer la vigilancia, en particular durante la fase prepandémica. Se alentó a la OPS a que ayudara a los países a adaptar y mejorar su sistema de vigilancia epidemiológica y sexológica, según sea necesario para responder a una pandemia. El Comité también adoptó nueve decisiones durante la 137.<sup>a</sup> sesión, que junto con un resumen de las decisiones del Comité sobre cada tema aparecen en el informe final de la 137.<sup>a</sup> sesión (documento CE/137/FR). La 138.<sup>a</sup> sesión del Comité se celebró en la sede del 18 al 29 de junio de este año. Contó con la presencia de los delegados de los nuevos Miembros del Comité y observadores de Brasil, España, Estados Unidos, México, Paraguay y Trinidad y Tobago. Además, estuvieron representados tres organizaciones intergubernamentales y seis organizaciones no gubernamentales.

El Comité recibió un informe sobre la 40.<sup>a</sup> sesión del Subcomité de Planificación y Programación que se había celebrado en la sede de la OPS en marzo de 2006. Muchos de los temas examinados por el Subcomité fueron posteriormente examinados por el Comité Ejecutivo en su 138.<sup>a</sup> sesión y figuran también en el programa de este Consejo Directivo. El Subcomité también trató varios asuntos que se remitieron al Comité Ejecutivo. Estos asuntos incluían la ejecución de la gestión orientada a la consecución de

los resultados de la OPS, un marco propuesto a la OPS para la movilización de recursos, y un marco y proceso propuesto para formular planes de salud pública para las Américas.

Los delegados expresaron la esperanza de que a medida que la OPS desarrolle una vez más excelencia en la gestión orientada a la consecución de los resultados, prestará cooperación técnica para ayudar a las instituciones nacionales a mejorar sus prácticas de gestión. El Subcomité también recibió con beneplácito el marco propuesta para movilización de recursos que está desarrollándose como parte de una de las iniciativas de la hoja de ruta del cambio institucional de la Oficina Sanitaria Panamericana. Se alentó a la Organización a que buscara la manera de sacar mejor provecho de la pericia disponible a nivel de los países, seleccionando instituciones de excelencia que quizás sirvieran de centros de referencia internacionales similares a los Centros Colaboradores de la OMS con respecto al marco y proceso propuesto para formular planes de salud pública para las Américas. Otra iniciativa del Subcomité expresó apoyo general a los planes de salud pública regionales como medio de concentración en temas específicos, observando que la naturaleza transfronteriza de los procesos de enfermedad obliga a los países a aunar esfuerzos para combatirlos mediante intervenciones compartidas y coordinadas. El Subcomité opinó que se necesita aclarar la naturaleza de los planes de salud pública en cuestión. También recalcó que la planificación no debe convertirse en un fin en sí mismo. Varios delegados destacaron la importancia de adaptar los planes mundiales y regionales a las realidades y necesidades y las prioridades nacionales y la necesidad de participación del país en el proceso de planificación para que los planes resultantes

respondieran a las necesidades sentidas. Los resúmenes de las ponencias y los debates al Subcomité, figuran en el informe final de su 40.<sup>a</sup> sesión (documento SPP39/FR).

En su 138.<sup>a</sup> sesión, el Comité Ejecutivo también escuchó el informe del Comité Permanente de las Organizaciones No Gubernamentales, basado en las recomendaciones del Comité Permanente y decidió autorizar la coordinación de las acciones oficiales con la Conferencia Latinoamericana de Bioquímica Clínica y Alianza Nacional para la Salud de los Hispanos, durante cuatro años. Bajo Asuntos de personal, el Comité aprobó varias modificaciones del reglamento estatutos de personal y examinó un informe sobre recursos humanos. Además, el Comité Ejecutivo escuchó la intervención del representante de la Asociación de Profesionales de la OMS/OPS. También aprobó un total de 23 resoluciones y adoptó dos decisiones que aparecen junto con la relación completa en las deliberaciones del Comité en el informe final de la 138.<sup>a</sup> sesión (documento CE138/FR). El orador recuerda que irá informando sobre otros temas considerados por el Comité Ejecutivo a medida que sean considerados por el Consejo.

*The meeting was suspended at 4:30 p.m., and resumed at 5:00 p.m.  
Se suspende la reunión a las 4.30 p.m., y se reanuda a las 5.00 p.m.*

ITEM 7.2: ABRAHAM HORWITZ AWARD FOR LEADERSHIP IN INTER-AMERICAN HEALTH, 2006

PUNTO 7.2: PREMIO ABRAHAM HORWITZ AL LIDERAZGO EN LA SALUD INTERAMERICANA, 2006

The PRESIDENT informed the Council that the Abraham Horwitz Award for Inter- American Health had been created by the Pan American Health and Education

Foundation (PAHEF) in 1978 as an expression of admiration and affection for the late Dr. Horwitz, who had been President of the Pan American Health and Education Foundation from 1975 until 2000, and had served four terms as Director of the Pan American Health Organization from 1958 to 1975. The Award continued to honor Dr. Horwitz' inspiration and wisdom, recognizing committed leaders whose contributions to public health had resulted in regionwide improvements in the lives of the peoples of the Americas. Such leaders were passionate about protecting the public's health and inspired excellence in others. With a clear vision of the future, they understood the broader implications of their decisions on the health of future generations. The Award was a badge of merit for such leaders and a motivating force for all health workers in the Americas.

He would now give the floor to Dr. Frederick Naftolin, a member of the PAHEF Board, to introduce the winner of the Award. Because of his long-standing interest in health care in Latin America, Dr. Naftolin had been invited to join the Board in November 2005. He was currently serving as Director of Biology Research and was on the obstetrics and gynecology faculty of the School of Medicine at New York University, prior to which he had enjoyed a 25-year career at the Yale University School of Medicine's Department of Obstetrics and Gynecology. He was also an invited member of the medical faculty of the University of Geneva in Switzerland.

Prior to Yale, Dr. Naftolin had been the chief obstetrician and gynecologist at the Royal Victoria Hospital, as well as Chairman and Professor of the Department of Obstetrics and Gynecology, at McGill University in Canada. Upon graduation from the



University of California School of Medicine, in San Francisco, Dr. Naftolin had continued his medical training at both King County Hospital and the University of Washington in Seattle, Washington, and at the UCLA Medical Center in Los Angeles, California, both in the United States of America, and the University of Oxford in the United Kingdom. He had then accepted professorships in obstetrics and gynecology at the University of California, San Diego, and at Harvard Medical School.

Dr. NAFTOLIN (Member, Board of Directors, Pan American Health and Education Foundation) said that he was pleased to represent the Pan American Health and Education Foundation at the present ceremony to recognize the winner of the 2006 Abraham Horwitz Award for Leadership in Inter-American Health. PAHEF was dedicated to the improvement of the health of the peoples of the Americas, promoting and recognizing excellence in public health in the Americas through awards. The Abraham Horwitz award for leadership in international health had been introduced in order to honor Dr. Horwitz, former Director of PAHO and President of the Pan American Health and Education Foundation over the latter 40 years of the twentieth century, a time of far-reaching political, technological, and social change.

The Pan American Health and Education Foundation wished to congratulate Dr. James H. Steele of the United States of America on being selected for the prestigious award. It also wished to thank the members of the selection jury who had had the difficult task of selecting only one winner among the many outstanding candidates presented from throughout the Region of the Americas.

Dr. Steele had been a pioneer in integrating veterinary health into public health agencies such as the Pan American Health Organization and the United States Centers for Disease Control. His professional career had spanned nearly 70 years and he had worked in numerous countries across the Americas including the Dominican Republic, Haiti, Mexico, Panama, Puerto Rico, and his native United States. Among his many and varied contributions, perhaps the most significant had been in the area of control of foodborne diseases. It had been estimated that food protection programs had prevented an estimated 80 million foodborne disease cases, saving over US\$ 18 billion as well as incalculable personal pain.

Dr. Steele's professional journey had begun in 1938. While earning his doctorate in veterinary medicine at Michigan State University, he had worked in a brucellosis testing laboratory for the Michigan State Department of Agriculture. After being awarded his Master of Public Health degree from Harvard University in 1942, he had worked as a sanitarian for the Ohio State Health Department, and then for the United States Public Health Service (USPHS) in 1945. Promoted to scientist, he had founded the first veterinary public health program in the entire United States Public Health Service, had become a consultant to the Pan American Sanitary Bureau that same year, and had conducted a veterinary public health survey in the Dominican Republic and Haiti. Dr. Steele continued to be a consultant to PAHO as well as to other multinational agencies, including the World Health Organization and the Food and Agricultural Organization of the United Nations, and to the United States Government.

At the end of Dr. Steele's 26-year career with the United States Public Health Service, he had served as Assistant Surgeon General for Veterinary Affairs. After retiring from the USPHS, Dr. Steele had joined the faculty of the School of Public Health of the University of Texas in Houston, where he currently continued to train public health specialists. Although he had retired from the University in 1983, he continued to teach part-time as Professor Emeritus, and traveled worldwide as a lecturer and consultant.

He had been an active and then emeritus member of the Infectious Disease Society, the National Foundation for Infectious Diseases, the American Society for Tropical Medicine and Hygiene, among many other societies dealing with public health, hygiene, epidemiology, and veterinary medicine. As the Horwitz award recipient, he joined a distinguished list of individuals whose outstanding careers in medicine and public health had had a substantial impact on the lives and health of the peoples of the Region of the Americas.

*The President presented the Abraham Horwitz Award for Leadership in Inter-American Health, 2006, to Dr. James H. Steele of the United States of America.*

*El Presidente hace entrega del Premio Abraham Horwitz al Liderazgo en la Salud Interamericana, 2006, al Dr. James H. Steele de los Estados Unidos de América.*

Dr. STEELE: In 1945, as World War II came to an end, public health problems appeared throughout the Americas. The United States Public Health Service was asked for the evaluation of problems by the Pan American Sanitary Bureau, problems such as a simmering outbreak of anthrax in Haiti and a troubling problem of rabies in the Dominican Republic. And I could go on and speak of other problems. I was sent as United States Public Health Service Sanitarian and Veterinarian to survey these problems. Some months later, I reported my findings to Dr. Hugh Cumming, the Director of the Pan American Sanitary Bureau, in Washington, D.C. It was my first opportunity to

speak about the necessity of veterinary public health in international programs. Dr. Cumming listened with interest and referred me to Dr. Bustamante and Dr. Peña, Medical Officers of the Pan American Sanitary Bureau, where I discussed a need for veterinary medical services in public health.

Some months later, late in 1946, the Pan American Sanitary Bureau medical officer called to tell me about an outbreak of encephalitis that was causing paralysis in children in Panama. With the assistance of a medical colleague from the National Institutes of Health, we investigated the outbreak and were able to report back that two different diseases were occurring, namely equine encephalitis in horses and poliomyelitis in children. This further emphasized the need for veterinary medical services in the Pan American Sanitary Bureau at that time. A year or two later, Dr. Fred Soper was named Director of the newly reorganized Pan American Health Organization. Dr. Soper came with an illustrious reputation, having resolved the epidemiology of yellow fever and eliminated it in most of the Americas, and having identified the reservoir of the disease in subhuman primates, thus determining that it was a zoonotic disease. This program led to the practical eradication of yellow fever.

I met with Dr. Soper shortly after foot-and-mouth disease occurred in Mexico in 1947. He offered his assistance and I was able to transmit the information to higher levels in the United States Department of Agriculture. He said the disease should be eradicated from the Americas as soon as possible, and the program then being mounted with United States assistance in Mexico was the first step in that direction.

In 1949, a veterinary public health program came to be in the Pan American Health Organization, under the direction of Ben Blood who had been recruited by Dr. Fred Soper. Dr. Blood was told to lay out a zoonosis control program for the Americas, and later developed or supported a foot-and-mouth disease eradication program. That has certainly borne fruit; it is one of the outstanding programs of the Pan American Health Organization. When we look back at these programs, we say that they've all made great progress, but it was the encouragement of Dr. Abraham Horwitz that brought these programs to the fore, in recognizing their importance both as public health and economic animal health problems. Dr. Horwitz became an enthusiastic supporter of zoonotic disease and control, namely, the control of tuberculosis in animals and of brucellosis and rabies. I had great respect for Dr. Horwitz, inasmuch as he came with great public health credentials, having guided the eradication of smallpox in the Americas and, later, of poliomyelitis in Chile. Both of these latter diseases were subject to eradication because they had no animal reservoir. The eradication efforts were dedicated to eliminating a human disease. Today, with the passage of time, these diseases have remained eradicated, and now we can turn hopefully to the eradication of foot-and-mouth disease in all of the Americas. Great progress has been made. There are excellent vaccines, and PAHO is truly a leader in this area.

There are other diseases that also deserve attention, namely, the control of urban rabies by the use of vaccines in dogs and by canine population control. The development of a better diagnostic procedure for bovine tuberculosis has allowed the program to move forward rapidly. Brucellosis is a more difficult problem to bring under control, as there is no proven vaccine for goats, a major source of brucellosis in human beings. Beyond that there are also the issues of parasites and the beef tapeworm problems that are so common.

I had the opportunity to get to know Dr. Horwitz in 1959, on a long flight back from a WHO meeting in Geneva. During our discussions he emphasized the importance of economic growth and of agriculture industries. We discussed the eradication of foot-and-mouth disease and the elimination of tuberculosis in livestock as well as brucellosis and parasitic diseases common to man and animals. We agreed that control is important to achieve economic growth. We also discussed the importance of rabies control as an economic issue, especially in urban areas. After a 12-hour flight, it became apparent we had a common vision.

At this time I'd like to interject some thoughts showing how my relationship with Dr. Horwitz profited both the United States and Mexico. On my return from my trip, this was in 1958, we were having a serious problem of rabies along the United States-Mexico border in California. My veterinary colleagues in California were saying that we had to do something about this, to help to control it, and we were cooperating to the extent of assigning a senior officer to work on the problem counties. In the United States of America, legislation had been introduced to allocate a million dollars to build a fence between California and Mexico. And I recalled the same type of proposal had come up almost 12 years earlier, in 1948, the second year of the FMD outbreak in Mexico. And we had people saying "We should build a fence and keep the movement of animals below that," and I recounted my earlier experience, saying that some things were simply not practicable. And we were able to change the legislation by just removing a few words, namely, "building a fence." Thus, we had a million-dollar appropriation for the control of rabies on the United States-Mexico border.

Then I turned to Dr. Horwitz and Dr. Pedro Acha and I said, "How can we help?" And we established a contract with PAHO, with Pedro Acha handling the Mexican side, providing Mexico with resources to build dog detention centers, to have trucks and workers to reduce the population, and to proceed with vaccination—a program that worked very successfully for 20 years until the budget-cutters came along. But, fortunately both sides learned a great deal, and I congratulate the Mexican Government, the Mexican States, and the border states in the United States that are both doing very effective jobs in urban rabies control. This is a small example of cooperation that can lead to success.

Dr. Horwitz was successful in urging world lending agencies to increase capital investment for both preventive and curative health care programs. And I should say he

encouraged Dr. Pedro Acha to pursue the same sources. He had visionary plans and ideas for securing the future of health for all through persistent and disciplined research. He knew that strengthening the collection of accurate health statistics and refining their analysis would in turn improve epidemiology. Further, he had a special interest in the organization of health services. Perhaps what most characterized Dr. Horwitz' years of international collaboration and leadership was his promotion of health as an intrinsic component of economic development.

The elimination of poverty is the goal that we all have. In closing these brief remarks, I want to congratulate all concerned who have supported the past leaders of public health, including Dr. Macedo, and Dr. Roses here, and the veterinarians Drs. Pedro Acha, Joe Held, Primo Arambulo, and Albino Belotto. It goes without saying that if they had not had the support of the past directors and of Dr. Alleyne, and Dr. Roses, this sustained progress could not have been maintained. It is now time to look to the future. The challenges of the twenty first century provides opportunities, and we can all hope that by 2020 we shall clarify our vision, and all these diseases I have referred to have been eliminated or eradicated.

And I interject another thought at this point: that disease organisms, be they viruses, be they bacteria, they all have extended lives when they are very active and become venturesome. And I have written or used the phrase in some of my early writings, that only the venturesomeness of man exceeds that of the parasites that are looking for new hosts. And new hosts is what all forms of life seek. This is something that we should bear in mind. But, beyond that, I want to say that we also have natural annihilation of diseases in nature. And this is demonstrated by many evolving diseases, and probably one of the most dramatic ones, from the Latin American view, is Venezuelan equine encephalitis, which was defined in the 1930s, and which has had periods of undulation and expansion. A few years ago, I reviewed a paper in which the authors demonstrated that of the 100 different isolates of Venezuelan equine encephalitis, only 2 are pathogenic. The other 98 are nonpathogenic. They are existing in nature. Is it possible, looking into the future, that this will be an emerging disease when the strains that are pacific today become aggressive and go out in exploratory fashion to see what else there is in the world? Or are they seeking security? These are the problems that the young people of the twenty first century will have an opportunity to look at.

In closing, it's great for me to have the opportunity to thank you all personally, with great respect, for the Pan American Health and Education Foundation, its leaders, and supporters. And I should add an appendix to that. I have sat in this hall many times during my 60-year career. I have sat in the previous Headquarters of PAHO, talked about these problems, and have lived long enough to see all these things culminate in leaders such as Drs. Belotto, Arambulo, and Joe Held, who carried on the veterinary public health program. As the old song says: "It's a wonderful world," live it. Thank you all.

ITEM 7.1: PAHO AWARD FOR ADMINISTRATION, 2006  
PUNTO 7.1: PREMIO OPS EN ADMINISTRACIÓN, 2006

El Dr. Carlos VIZZOTTI (Presidente del Comité Ejecutivo) informa de que el Jurado para la adjudicación del Premio OPS de Administración 2006, formado por los delegados de Antigua y Barbuda, Chile y Costa Rica, se reunió el 23 de junio del 2006, con motivo de la 138.<sup>a</sup> sesión del Comité Ejecutivo.

Tras el examen cuidadoso de la documentación de los candidatos propuestos por los Estados Miembros, el Jurado decidió otorgar el premio al Dr. Adolfo Horacio Chorny, de Brasil, por sus aportes al desarrollo e innovación en las áreas de planificación y financiación de los sistemas y servicios de salud a los planos nacional e internacional, especialmente su contribución al fortalecimiento del liderazgo de varias generaciones de directivos en el ámbito de la salud pública y las políticas sanitarias.

El Jurado también recomendó que la versión actual de los criterios para la selección de los candidatos debería adaptarse para reflejar las nuevas condiciones que imperan en el campo de la salud, así como la terminología actualmente utilizada. Por consiguiente, el Jurado recomendó que el Comité Ejecutivo solicite a la Oficina que elabore una nueva versión de las condiciones y los procedimientos para evaluar los méritos de los candidatos, haciendo mención explícita que debe haber una sola candidatura por cada Estado Miembro. El Comité Ejecutivo aprobó la Resolución CE138.R23, por la cual hace suya la decisión del jurado.

The PRESIDENT noted that each year, the Governments of the Americas—through their representatives at the meetings of the Governing Bodies of the Pan American Health Organization—conferred the PAHO Award for Administration in recognition of an outstanding contribution to administrative efforts in the national health services. The Award dated back to 1969, when, at its 61st Session, the Executive Committee of PAHO had accepted the generous donation of Dr. Stuart Portner, former Chief of Administration of the Pan American Sanitary Bureau, to institute an annual award that would contribute to an improvement in the administrative systems of health programs.

He was pleased to confer this honor on the current year's winner, Dr. Adolfo Horacio Chorny, of Brazil, for his contributions to development and innovation in the planning, management, and financing of national and international health systems and services, in particular, his contribution to fostering leadership among several generations of administrators in the sphere of public health and health policy.

Dr. Chorny, had been born in Buenos Aires, Argentina, in 1938. He had studied mathematics at the University of Buenos Aires, subsequently receiving a bachelor's degree in business administration. He had begun his distinguished professional career in the 1960s, as a member of the health team of the Federal Investment Board and a staff member of Argentina's Ministry of Public Health and Social Welfare. He had served as coordinator of the mathematical modeling team of the Latin American Center for Medical Administration in Argentina, and later, as Advisor in Health Planning and Superintendent of Planning in the Rio de Janeiro State Secretariat in Brazil. Thereafter, he had held



several important posts in his country, serving as coordinator of the technical team that had established the system for cost estimation or calculation in health care facilities of the Rio de Janeiro Municipal Health Secretariat, and as a technical specialist in charge of coordinating the planning teams of the Ráphael de Paula Souza and Phillippe Pinel federal hospitals with emphasis on national campaigns to promote mental health and fight lung disease.

Dr. Chorny currently sat on the national health system's Performance Evaluation Committee, composed of a series of institutions including PAHO/WHO, and was a member of the group directing work aimed at developing a satellite accounts system for the health sector under the national accounts system. He also continued his teaching activities in the areas of health services policy and management.

Dr. Chorny's accomplishments extended to research, technology, development, and education. In the 1990s, he had begun his trajectory at the Oswaldo Cruz Foundation (FIOCRUZ) as Chief of Technical Assistance in Strategic Planning, Deputy Coordinator of the Research and Technology Development Area of the Government School of Health, and Coordinator of that school, a position that he had held until 2004. He had also coordinated several research projects, among them one on the cost and impact of implementing the fixed part of the basic care floor; and his work had had an impact on several states of Brazil. He had been the methodology advisor for the evaluation of the health posts strategy in rural northeast Brazil and science consultant for a study entitled "Production and Health" for the Department of Preventive and Social Medicine in the

medical school of the Minas Gerais Federal University. The regional impact of Dr. Chorny's contribution had become clear with his support for research activities in the health services, promoted by the Secretariat of Health of Rosario, Argentina, the National University of Uruguay, and the national, departmental, and municipal authorities of Bogotá, Medellín, Armenia, and Cali in Colombia.

In the field of education, Dr. Chorny had left his imprint on several generations of disciples to whom he transmitted visions of the world without endorsing any particular school of thought. He had coordinated the first course for health statisticians at the School of Public Health of Argentina's Ministry of Health and Social Welfare and had taught international courses on the planning and management of health systems and services. He had served as Coordinator of the School of Governance in Health, the National School of Public Health of FIOCRUZ. He had created the specialized course on health systems and services management for that institution of advanced learning and for the Juan Lazarte Health Institute of the Rosario Municipal Secretariat of Health and the National University of Rosario in Argentina, where he had also served as Director of the Master's Program in Health Services Management. He had also helped to lay the groundwork for the development of the Masters' Program in Public Health at the Universities of Buenos Aires and Honduras. At the regional level, he had coordinated a workshop for the program of the VI Inter-American Course on Social Planning Policy with an Emphasis on Health, sponsored by the OAS and PAHO, and the seminar Public Health Challenges in the 21st Century: Principles and Strategies for Constructing

Universal, Equitable Health Systems in Latin America and the Caribbean, sponsored by the National School of Public Health and PAHO.

His list of publications was extensive, covering health planning, health systems management, and the strategic management of services. The Pan American Health Organization has directly benefited from his knowledge and experience in planning, research, and public health education, having had him on board as a consultant on several occasions.

Regrettably, Dr. Chorny could not be present, and he therefore invited Dr. José Agenor Alvares da Silva, Minister of Health of Brazil, to receive the award on his behalf.

*Dr. José Agenor Álvares da Silva accepted the PAHO Award for Administration, 2006, on behalf of Dr. Adolfo Horacio Chorni of Brazil.*

*El Dr. José Agenor Álvares da Silva acepta el Premio OPS en Administración, 2006, en nombre del Dr. Adolfo Horacio Chorny de Brasil.*

O Dr. ÁLVARES DA SILVA (Brasil) disse que o Governo brasileiro sentia-se honrado com a outorga do prêmio da OPAS de Administração ao Professor Adolfo Horácio Chorny, brasileiro por opção.

Mencionou que o Brasil recebeu Chorny na década de 1970, praticamente na condição de refugiado político. A situação no Brasil não era muito diferente; ainda sob ditadura, e a operação de sua recepção se deu quase na clandestinidade, com a intervenção e generosidade de grandes brasileiros, como a dos Doutores Nina Pereira Nunes, Sérgio Arouca e Esio Cordeiro.

Desde então Adolfo Chorny foi importante pensador, que muito ajudou a construção da reforma sanitária brasileira.

Como docente do Instituto de Medicina Social da Universidade do Rio de Janeiro e da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, deu contribuições vitais com suas agudas inteligência, argúcia e perspicácia.

Ressaltou que Adolfo Chorny não era ainda nem graduado formalmente mas já orientava teses de pós-graduação no Brasil.

Terminou sua graduação e dirigiu o Departamento de Administração e Planejamento da Escola Nacional de Saúde Pública do Brasil. Esteve por anos seguidos servindo a Organização Pan-Americana de Saúde em Washington.

Disse que, como Ministro da Saúde do Brasil era um prazer homenagear este grande brasileiro que muito contribuiu ao Sistema Único de Saúde, e que, impossibilitado de comparecer, escreveu um discurso que foi lido pelo Secretário de Atenção à Saúde do Ministério.

“Agradeço à Organização Pan-Americana da Saúde pelo prêmio outorgado e ao Governo do Brasil por ter me indicado para essa premiação.

Não posso deixar de agradecer também a todos aqueles mentores, amigos, colegas e alunos, sem os quais teria sido impossível implementar alguns dos sonhos e ideais que me animam desde a juventude. Um momento como este é oportuno para olhar o caminho percorrido, ao longo de 45 anos de trabalho ininterrupto na saúde pública, e dele extrair os elementos para continuar pensando o futuro. Como disse o maravilhoso compositor e poeta brasileiro Paulinho da Viola, numa música famosa, quando penso no futuro não me esqueço do passado.

É assim que me vejo com pouco mais de 20 anos, ainda estudante de física e matemática, na faculdade de Ciências Exatas, na Universidade Nacional de Buenos Aires, celeiro de talentos que hoje se espalham pelo mundo. Quando esta encaminha ao

Ministério de Saúde da Argentina o nome de três futuros profissionais, para desenvolver atividades no campo da estatística.

Nesse momento, 1º de março de 1961, conheci Juan José Barrenechea, médico sanitário, escritor, intelectual, que me convenceu a deixar o campo da computação para entrar no mundo das pessoas reais.

Barrenechea se converteu em guia e amigo e com ele trilhei os primeiros passos no caminho da saúde pública.

Nessas quatro décadas e meia, um terço da carreira desenvolveu-se na Argentina e os outros 30 anos, no Brasil.

A primeira etapa se caracterizou pelo desenvolvimento de instrumentos inovadores, tanto para hospitais como para sistemas de saúde, cabendo-me o desenvolvimento metodológico e a formalização dos quadros, que numa época sem computação, constituíam os algoritmos que permitiram a implementação de propostas que ajudaram a melhorar o panorama sanitário da América Latina.

Assim, participei da criação do primeiro sistema para a determinação de custos hospitalares posto em prática na América Latina.

Dos perfis de complexidade de hospitais que permitiram analisar e montar redes de serviços e do modelo nacional de programação de saúde.

No último lustro, na Argentina, conduzi a equipe que desenvolveu modelos matemáticos para avaliação de políticas setoriais, com a participação inestimável de Mário Testa e Américo Migliónico; que desenvolviam suas atividades no Centro de Planificação da Organização Pan-Americana da Saúde de Santiago do Chile.

No ano 1976, precisamente no dia 2 de maio, cheguei ao Brasil, onde fui recebido no Rio de Janeiro pelos sanitários Sérgio Arouca, José Noronha e Nina Pereira Nunes. Iniciava-se então um novo ciclo, agora caracterizado por uma maior atividade acadêmica, primeiro no Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, depois na Fundação Oswaldo Cruz. Essa atividade foi simultânea ao trabalho em hospitais, sistemas estaduais e municipais, assessorias ao Ministério da Saúde, à OPAS e a diversas instâncias acadêmicas e de serviços da Argentina.

Foi nessa fase que eu conheci os que se constituíram discípulos e colegas, e sobretudo em companheiros amigos.

Também foi aí que experimentei uma liberdade nunca antes sentida. Cresci em diversas e novas direções. Continuei elaborando instrumentos de assessoria para formulação do plano de saúde do ministério brasileiro; criei cursos, participei ainda da formulação das bases, que serviram para redação dos artigos sobre saúde da nova Constituição do Brasil.

Até aqui, apresentei um pouco, um pequeno resumo do meu passado. Agora peço licença para falar do futuro, com o qual sonho e para o qual sigo trabalhando.

Sonho com um mundo mais solidário e unido, onde sejam respeitadas as diferenças. Um mundo mais igual onde não existam cidadãos de primeira classe e excluídos. Um mundo onde não se recorra permanentemente ao passado e à história para justificar as injustiças, onde se mudem as prioridades, onde os objetivos bélicos deixem de ser o principal foco, deslocando-se os gastos para criação de escolas, serviços de saúde e pesquisas orientadas para o aprimoramento de pessoas e não de empresas.

Para a construção desse mundo ideal espero, no tocante ao sistema de saúde, que este seja equitativo, igualitário, que melhore ao máximo sua capacidade de gestão, e que paremos de justificar seus fracassos com a falta de recursos de pessoal, de equipamentos.

Esse mundo ideal deverá fazer um uso otimizado dos recursos disponíveis, antes de pleitear por mais de tudo.

Nele, a promoção da saúde, a prevenção deixarão menos espaços à cura, como solução recorrente. Lanço-lhes pois o desafio; o desafio de não esmorecer, sonhar, perseguir o ideal, recusar a imutabilidade do mundo, não aceitá-lo tal como aparenta ser.

Façamos parte dos construtores do futuro. Coloquemos as mãos no trabalho concreto e cotidiano, mas tendo em mente sempre que o limite é o mundo novo; não importa se o alcançaremos. O que interessa é transformar a rasteira corrida da galinha no majestoso vôo do condor. Muito obrigado a todos.”

*The meeting rose at 6:10 p.m.  
Se levanta la reunión a las 6.10 p.m.*