

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

**XXI PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE**

**XXXVII Meeting of the Regional Committee  
of the World Health Organization  
for the Americas**

**Washington, D.C.  
22-27 September 1986**

**VERBATIM RECORDS**



**XXI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA**

**XXXVII Reunión de Comité Regional de  
la Organización Mundial de la Salud  
para las Américas**

**Washington, D.C.  
22-27 de septiembre de 1986**

**ACTAS TAQUIGRAFICAS**

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

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.

## XXII PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE

XXXVIII Meeting of the Regional Committee  
of the World Health Organization  
for the Americas

Washington, D.C.  
22-27 September 1986

VERBATIM RECORDS



## XXII CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA

XXXVIII Reunión del Comité Regional de  
la Organización Mundial de la Salud  
para las Américas

Washington, D.C.  
22-27 de septiembre de 1986

ACTAS TAQUIGRAFICAS

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.

In compliance with the decision of the Governing Bodies of PAHO, these Proceedings have undergone only minimum editorial review and are printed in the language spoken by the Delegates at the Conference, without translation, as was the former practice. However, PAHO will make available translations of any portion should the Governments so request. The Final Report, with the resolutions adopted by the Conference, appears in Official Document 211.

En cumplimiento de la decisión de los Cuerpos Directivos de la OPS, estas Actas han sido objeto de solo una mínima revisión editorial y se publican en el idioma en que hablaron los Delegados en la Conferencia, prescindiendo de la traducción que antiguamente se realizaba. Sin embargo, la OPS proporcionará traducciones de cualquier intervención a solicitud de los Gobiernos. El Informe Final, con las resoluciones aprobadas por la Conferencia, aparece en el Document Oficial 211.

#### Pan American Health Organization, 1987

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

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

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

#### Organización Panamericana de la Salud, 1987

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

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

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

## PREFACE

The XXII Pan American Sanitary Conference, XXXVIII Meeting of the Regional Committee of the World Health Organization for the Americas, was held at the Headquarters of the Organization in Washington, D.C., from 22 to 27 September 1986.

The Officers of the Conference were as follows:

### Officers of the Meeting

President:	Mr. Jake Epp (Canada)
Vice Presidents:	Dr. Carlos Armando Soto Gómez (Guatemala) Dr. Keith Simmons (Barbados)
Rapporteur:	Dr. Carlos Mígues Barón (Uruguay)

### Committee on Credentials

Chairman:	Dr. John Eckstein (Trinidad and Tobago)
Rapporteur:	Dr. Manuel Quijano Narezo (Mexico)
Member:	Dr. Juan Roberto Menchaca Montano (Cuba)

### General Committee

President:	Mr. Jake Epp (Canada)
Vice Presidents:	Dr. Carlos Armando Soto Gómez (Guatemala) Dr. Keith Simmons (Barbados)
Rapporteur:	Dr. Carlos Mígues Barón (Uruguay)
Delegate:	Mr. Neil Boyer (United States of America)

Dr. Carlyle Guerra de Macedo, Director, PASB, acted as Secretary ex officio of the Conference.

## INTRODUCCION

La XXII Conferencia Sanitaria Panamericana, XXXVIII Reunión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas, se celebró en el Edificio de la Sede, en Washington, D.C., del 22 al 27 de septiembre de 1986.

Los miembros de la Mesa Directiva y de las comisiones principales fueron los siguientes:

### Mesa Directiva

Presidente:	Sr. Jake Epp (Canadá)
Vicepresidentes:	Dr. Carlos Armando Soto Gómez (Guatemala) Dr. Keith Simmons (Barbados)
Relator:	Dr. Carlos Mígues Barón (Uruguay)



Comisión de Credenciales

Presidente: Dr. John Eckstein (Trinidad y Tabago)  
Relator: Dr. Manuel Quijano Narezo (México)  
Vocal: Dr. Juan Roberto Menchaca Montano (Cuba)

Comisión General

Presidente: Sr. Jake Epp (Canadá)  
Vicepresidentes: Dr. Carlos Armando Soto Gómez (Guatemala)  
Dr. Keith Simmons (Barbados)  
Relator: Dr. Carlos Mígues Barón (Uruguay)  
Delegado: Sr. Neil Boyer (Estados Unidos de América)

El Director de la Oficina, Dr. Carlyle Guerra de Macedo, actuó como Secretario ex officio de la Conferencia.

CONTENTS  
CONTENIDO

	<u>Page</u> <u>Página</u>
Preface . . . . .	1
Introducción . . . . .	1
Agenda . . . . .	1
Programa de Temas . . . . .	1
Participants . . . . .	5
Participantes . . . . .	5
Verbatim Records . . . . .	25
Actas Taquigráficas . . . . .	25
 FIRST PLENARY SESSION (Monday, 22 September 1986, at 9:00 a.m.) PRIMERA SESION PLENARIA (Lunes, 22 de septiembre de 1986, a las 9:00 a.m.)	
Item 1: Opening of the Meeting . . . . .	27
Tema 1: Apertura de la Reunión . . . . .	27
A. Opening of the Meeting by the President Ad interim, Dr. Kenneth Baugh (Jamaica) . . . . .	27
Inauguración de la Reunión por el Presidente Provisional, Dr. Kenneth Baugh (Jamaica) . . . . .	27
B. Welcoming Remarks by Dr. Carlyle Guerra de Macedo, Director of the Pan American Sanitary Bureau . . . . .	28
Palabras de bienvenida del Dr. Carlyle Guerra de Macedo, Director de la Oficina Sanitaria Panamericana . . . . .	28
C. Address by Dr. Halfdan T. Mahler, Director-General of the World Health Organization . . . . .	29
Discurso del Dr. Halfdan T. Mahler, Director General de la Organización Mundial de la Salud . . . . .	29
Item 2.1: Appointment of the Committee on Credentials . . . . .	36
Tema 2.1: Nombramiento de la Comisión de Credenciales . . . . .	36
First Report of the Committee on Credentials . . . . .	37
Primer Informe de la Comisión de Credenciales . . . . .	37
Item 2.2: Election of the President, Two Vice Presidents and the Rapporteur . . . . .	38
Tema 2.2: Elección del Presidente, de dos Vicepresidentes y del Relator . . . . .	38

	Page <u>Página</u>
Item 2.3: Establishment of a Working Party to Study the Application of Article 6.B of the Constitution . . . . .	40
Tema 2.3: Establecimiento de un grupo de trabajo encargado de estudiar la aplicación del Artículo 6.B de la Constitución . . . . .	40
Item 2.4: Establishment of the General Committee . . . . .	41
Tema 2.4: Establecimiento de la Comisión General . . . . .	41
Item 2.5: Adoption of the Agenda . . . . .	42
Tema 2.5: Adopción del programa de temas . . . . .	42
 SECOND PLENARY SESSION (Monday, 22 September 1986, at 2:30 p.m.) SEGUNDA SESION PLENARIA (Lunes, 22 de septiembre de 1986, a las 2:30 p.m.)	
First Report of the General Committee . . . . .	44
Primer Informe de la Comisión General . . . . .	44
Item 6.1: Report on the Collection of Quota Contributions Tema 6.1: Informe sobre la recaudación de las cuotas	
- Report of the Working Party on the Study of the Application of Article 6.B of the PAHO Constitution . . . . .	46
- Informe del Grupo de Trabajo encargado de estudiar la aplicación del Artículo 6.B de la Constitución . . . . de la OPS . . . . .	46
Item 3.1: Annual Report of the Chairman of the Executive Committee . . . . .	51
Tema 3.1: Informe Anual del Presidente del Comité Ejecutivo . . . .	51
Item 3.2: Annual Report, 1985, and Quadrennial Report, 1982-1985, of the Director of the Pan American Sanitary Bureau . . . .	54
Tema 3.2: Informe Anual, 1985, e Informe Cuadrienal, 1982-1985, del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana . . . . .	54
Item 3.3: Reports of the Member Governments of the Organization on Public Health Conditions and Progress Achieved in the Interval between the XXI and XXII Pan American Sanitary Conferences	
Tema 3.3: Informes de los Gobiernos Miembros de la Organización sobre las condiciones de salud pública y los adelantos logrados en el intervalo transcurrido entre las XXI y XXII Conferencias Sanitarias Panamericanas	
- Paraguay . . . . .	62
- Ecuador . . . . .	65
- United States of America/Estados Unidos de América . . . .	70

Item 6.1:	Report on the Collection of Quota Contributions	
Tema 6.1:	Informe sobre la recaudación de las cuotas	
	- Report of the Working Party on the Study of the Application of Article 6.B of the PAHO Constitution . . .	73
	- Informe del Grupo de Trabajo encargado de estudiar la aplicación del Artículo 6.B de la Constitución de la OPS . . . . .	73
Item 3.3:	Reports of the Member Governments of the Organization on Public Health Conditions and Progress Achieved in the Interval between the XXI and XXII Pan American Sanitary Conferences ( <u>resumed</u> )	
Tema 3.3:	Informes de los Gobiernos Miembros de la Organización sobre las condiciones de salud pública y los adelantos logrados en el intervalo transcurrido entre las XXI y XXII Conferencias Sanitarias Panamericanas ( <u>reanudación</u> )	
	- Panama . . . . .	76
	- Cuba . . . . .	79
	Statement by the Observer for UNICEF . . . . .	82
	Declaración de la Observadora del UNICEF . . . . .	82
THIRD PLENARY SESSION (Tuesday, 23 September 1986, at 9:00 a.m.)		
TERCERA SESION PLENARIA (Martes, 23 de septiembre de 1986, a las 9:00 a.m.)		
Item 3.3:	Reports of the Member Governments of the Organization on Public Health Conditions and Progress Achieved in the Interval between the XXI and XXII Pan American Sanitary Conferences ( <u>continued</u> )	
Tema 3.3:	Informes de los Gobiernos Miembros de la Organización sobre las condiciones de salud pública y los adelantos logrados en el intervalo transcurrido entre las XXI y XXII Conferencias Sanitarias Panamericanas ( <u>continuación</u> )	
	- Costa Rica . . . . .	87
	- Nicaragua . . . . .	89
	- Chile . . . . .	92
	- El Salvador . . . . .	96
Item 3.4:	Election of the Director of the Pan American Sanitary Bureau and Nomination of the Regional Director of the World Health Organization for the Americas . . . . .	99
Tema 3.4:	Elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y nombramiento del Director Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas . . . . .	99

	<u>Page</u> <u>Página</u>
Item 7.2: Requirements, Procedures and Privileges for States Requesting and Obtaining Observer Status in the Pan American Health Organization . . . . .	107
Tema 7.2: Requisitos, trámites y privilegios para los Estados que soliciten y obtengan la calidad de país observador en la Organización Panamericana de la Salud . . . . .	107
Item 7.3: Request of Portugal for Observer Status in the Pan American Health Organization . . . . .	112
Tema 7.3: Solicitud del Gobierno de Portugal para obtener la calidad de País Observador en la Organización Panamericana de la Salud . . . . .	112
 FOURTH PLENARY SESSION (Tuesday, 23 September 1986, at 2:30 p.m.) CUARTA SESION PLENARIA (Martes, 23 de septiembre de 1986, a las 2:30 p.m.)	
Statement by the Delegate of Jamaica . . . . .	119
Declaración del Delegado de Jamaica . . . . .	119
 Consideration of Proposed Resolution Pending Adoption Consideración del proyecto de resolución pendiente de aprobación	
Item 3.1: Annual Report of the Chairman of the Executive Committee . . . . .	119
Tema 3.1: Informe Anual del Presidente del Comité Ejecutivo . . . . .	119
Item 3.3: Reports of the Member Governments of the Organization on Public Health Conditions and Progress Achieved in the Interval between the XXI and XXII Pan American Sanitary Conferences ( <u>continued</u> )	
Tema 3.3: Informes de los Gobiernos Miembros de la Organización sobre las condiciones de salud pública y los adelantos logrados en el intervalo transcurrido entre las XXI y XXII Conferencias Sanitarias Panamericanas ( <u>continuación</u> )	
- Canada/Canadá . . . . .	121
- Barbados . . . . .	123
- Brazil/Brasil . . . . .	127
- Guatemala . . . . .	133
- Mexico/México . . . . .	138
- Peru/Perú . . . . .	141
- Venezuela . . . . .	144
- Suriname . . . . .	147
- Grenada/Granada . . . . .	151
- Antigua and Barbuda/Antigua y Barbuda . . . . .	155
- Argentina . . . . .	157
- Honduras . . . . .	159
- Saint Lucia/Santa Lucía . . . . .	162
- St. Kitts and Nevis/San Cristóbal y Nieves . . . . .	164

Statement by the Observer for Spain . . . . .	166
Declaración del Observador de España . . . . .	166

Item 3.3: Reports of the Member Governments of the Organization on Public Health Conditions and Progress Achieved in the Interval between the XXI and XXII Pan American Sanitary Conferences (resumed)

Tema 3.3: Informes de los Gobiernos Miembros de la Organización sobre las condiciones de salud pública y los adelantos logrados en el intervalo transcurrido entre las XXI y XXII Conferencias Sanitarias Panamericanas (reanudación)

- Trinidad and Tobago/Trinidad y Tabago . . . . .	169
- Belize/Belice . . . . .	172

FIFTH PLENARY SESSION (Wednesday, 24 September 1986, at 9:00 a.m.)  
QUINTA SESION PLENARIA (MIÉRCOLES, 24 de septiembre de 1986, a las 9:00 a.m.)

Item 3.3: Reports of the Member Governments of the Organization on Public Health Conditions and Progress Achieved in the Interval between the XXI and XXII Pan American Sanitary Conferences (continued)

Tema 3.3: Informe de los Gobiernos Miembros de la Organización sobre las condiciones de salud pública y los adelantos logrados en el intervalo transcurrido entre las XXI y XXII Conferencias Sanitarias Panamericanas (continuación)

- Colombia . . . . .	176
- Uruguay . . . . .	179
- Jamaica . . . . .	182
- Bolivia . . . . .	185
- Bahamas . . . . .	188
- Guyana . . . . .	190

Signature of an Agreement between the Organization of American States and the Pan American Health Organization . . . . . 193

Firma de un Acuerdo entre la Organización de los Estados Americanos y la Organización Panamericana de la Salud . . . . . 193

Item 3.3: Reports of the Member Governments of the Organization on Public Health Conditions and Progress Achieved in the Interval between the XXI and XXII Pan American Sanitary Conferences (resumed)

Tema 3.3: Informe de los Gobiernos Miembros de la Organización sobre las condiciones de salud pública y los adelantos logrados en el intervalo transcurrido entre las XXI y XXII Conferencias Sanitarias Panamericanas (reanudación)

- St. Vincent and the Grenadines/San Vicente y Granadinas . . . . .	197
---	-----

	Page <u>Página</u>
- France/Francia . . . . .	199
- Dominica . . . . .	201
- Statement by the Delegate of the United States of America . . . . .	207
- Declaración del Delegado de los Estados Unidos de América . . . . .	207
Second Report of the Committee on Credentials . . . . .	208
Segundo Informe de la Comisión de Credenciales . . . . .	208
Item 2.6: Selection of One Member Government Entitled to Designate a Person to Serve on the Joint Coordinating Board of the UNDP/World Bank/WHO Special Program for Research and Training in Tropical Diseases . . . . .	209
Tema 2.6: Selección de un Gobierno Miembro facultado para desig- nar a una persona que forme parte de la Junta Mixta de Coordinación del Programa Especial PNUD/Banco Mundial/ OMS de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales . . . . .	209
Item 2.7: Selection of Three Members to the Policy and Coordina- tion Advisory Committee of the Special Program of Research, Development and Research Training in Human Reproduction . . . . .	210
Tema 2.7: Selección de tres miembros para integrar el Comité Asesor de Política y Coordinación del Programa Especial de Investigación, Desarrollo y Capacitación en Inves- tigación en Reproducción Humana . . . . .	210
Item 3.5: Election of Three Member Governments to the Executive Committee on the Termination of the Periods of Office of Canada, Costa Rica, and Dominica . . . . .	212
Tema 3.5: Elección de tres Gobiernos Miembros para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término el mandato de Canadá, Costa Rica y Dominica . . . . .	212
 SIXTH PLENARY SESSION (Wednesday, 24 September 1986, at 2:30 p.m.) SEXTA SESION PLENARIA (Miércoles, 24 de septiembre de 1986, a las 2:30 p.m.)	
Second Report of the General Committee . . . . .	217
Segundo Informe de la Comisión General . . . . .	217
Item 8.1: Resolutions of the Thirty-ninth World Health Assembly of Interest to the Regional Committee . . . . .	218
Tema 8.1: Resoluciones de la 39a Asamblea Mundial de la Salud de interés para el Comité Regional . . . . .	218

Item 5.1:	Orientation and Program Priorities for PAHO during the Quadrennium 1987-1990 . . . . .	225
Tema 5.1:	Orientación y prioridades programáticas para la OPS en el cuatrienio 1987-1990 . . . . .	225
Item 6.2	Financial Report of the Director and Report of the External Auditor for the Biennium 1984-1985 . . . . .	236
Tema 6.2	Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes al período 1984-1985 . . . . .	236
Item 5.2:	Provisional Draft of the Program Budget Proposal of the World Health Organization for the Region of the Americas for the Biennium 1988-1989 . . . . .	238
Tema 5.2:	Anteproyecto de presupuesto por programas de la Organización Mundial de la Salud para la Región de las Américas para el bienio 1988-1989 . . . . .	238
Item 5.3:	Contribution of the Region of the Americas to the Eighth General Program of Work of WHO, 1990-1995 . . . . .	254
Tema 5.3	Contribución de la Región de las Américas al Octavo Programa General de Trabajo de la OMS, 1990-1995 . . . . .	254

SEVENTH PLENARY SESSION (Thursday, 25 September 1986, at 9:00 a.m.)  
SEPTIMA SESION PLENARIA (Jueves, 25 de septiembre de 1986, a las 9:00 a.m.)

Consideration of Proposed Resolutions Pending Adoption  
Consideración de los proyectos de resolución pendientes de aprobación

Item 3.2:	Annual Report, 1985, and Quadrennial Report, 1982-1985, of the Director of the Pan American Sanitary Bureau . . . . .	264
Tema 3.2:	Informe Anual, 1985, e Informe Cuadrienal, 1982-1985, del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana . . . . .	264
Item 2.6:	Selection of One Member Government Entitled to Designate a Person to Serve on the Joint Coordinating Board of the UNDP/World Bank/WHO Special Program for Research and Training in Tropical Diseases . . . . .	272
Tema 2.6:	Selección de un Gobierno Miembro facultado para designar a una persona que forme parte de la Junta Mixta de Coordinación del Programa Especial PNUD/Banco Mundial/OMS de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales . . . . .	272



Item 2.7:	Selection of Three Members to the Policy and Coordination Advisory Committee of the Special Program of Research, Development and Research Training in Human Reproduction . . . . .	273
Tema 2.7:	Selección de tres miembros para integrar el Comité Asesor de Política y Coordinación del Programa Especial de Investigación, Desarrollo y Capacitación en Investigación en Reproducción Humana . . . . .	273
Item 3.5:	Election of Three Member Governments to the Executive Committee on the Termination of the Periods of Office of Canada, Costa Rica, and Dominica . . . . .	278
Tema 3.5:	Elección de tres Gobiernos Miembros para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término el mandato de Canadá, Costa Rica y Dominica . . . . .	278
Item 5.1:	Orientation and Program Priorities for PAHO during the Quadrennium 1987-1990 . . . . .	279
Tema 5.1:	Orientación y prioridades programáticas para la OPS en el cuatrienio 1987-1990 . . . . .	279
Item 5.4:	Caribbean Cooperation in Health . . . . .	289
Tema 5.4:	Cooperación para la salud en la zona del Caribe . . . . .	289
Item 5.5:	Andean Subregion, Joint Plan of Action . . . . .	303
Tema 5.5:	Subregión Andina, Plan de Acción Conjunto . . . . .	303
Item 5.6:	Women, Health and Development: Regional Forward-Looking Strategies . . . . .	309
Tema 5.6:	La mujer, la salud y el desarrollo: Estrategias regionales para el futuro . . . . .	309
EIGHTH PLENARY SESSION (Thursday, 25 September 1986, at 2:30 p.m.)		
OCTAVA SESION PLENARIA (Jueves, 25 de septiembre de 1986, a las 2:30 p.m.)		
Item 5.6:	Women, Health, and Development: Regional Forward-Looking Strategies ( <u>continued</u> ) . . . . .	316
Tema 5.6:	La mujer, la salud y el desarrollo: Estrategias regionales para el futuro ( <u>continuación</u> ) . . . . .	316
Item 5.7:	Progress Made in the Use of TCDC/ECDC by Member Governments and the Organization . . . . .	325
Tema 5.7:	Adelantos logrados por los Gobiernos Miembros y la Organización mediante la CTPD/CEPD . . . . .	325
Item 5.8:	Expanded Program on Immunization in the Americas . . . . .	332
Tema 5.8:	Programa Ampliado de Inmunización en las Américas . . . . .	332

Item 8.3:	Abraham Horwitz Award for Inter-American Health . . . . .	336
Tema 8.3:	Premio Abraham Horwitz para la Salud Interamericana . . . . .	336
Item 5.8:	Expanded Program on Immunization in the Americas ( <u>resumed</u> ) . . . . .	343
Tema 5.8:	Programa Ampliado de Inmunización en las Américas ( <u>reanudación</u> ) . . . . .	343
Item 5.9:	International Program on Chemical Safety . . . . .	352
Tema 5.9:	Programa Internacional de Seguridad de las Sustancias Químicas . . . . .	352

Consideration of Proposed Resolutions Pending Adoption  
Consideración de los proyectos de resolución pendientes de aprobación

Item 6.2:	Financial Report of the Director and Report of the External Auditor for the Biennium 1984-1985 . . . . .	359
Tema 6.2:	Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes al período 1984-1985 . . . . .	359
Item 5.3:	Contribution of the Region of the Americas to the Eighth General Program of Work of WHO, 1990-1995 . . . . .	361
Tema 5.3:	Contribución de la Región de las Américas al Octavo Programa General de Trabajo de la OMS, 1990-1995 . . . . .	361

NINTH PLENARY SESSION (Friday, 26 September 1986, at 9:00 a.m.)  
NOVENA SESION PLENARIA (Viernes, 26 de septiembre de 1986, a las 9:00 a.m.)

Item 9:	Other Matters	
Tema 9:	Otros Asuntos	
	- <u>Aedes albopictus</u> in the Americas . . . . .	363
	- <u>Aedes albopictus</u> en las Américas . . . . .	363
Item 5.10:	International Drinking Water Supply and Sanitation Decade - Regional Progress . . . . .	368
Tema 5.10:	Decenio Internacional del Abastecimiento de Agua Potable y del Saneamiento - Informe sobre la marcha de los trabajos en la Región . . . . .	368
	Third Report of the Committee on Credentials . . . . .	388
	Tercer Informe de la Comisión de Credenciales . . . . .	388
Item 5.11:	PAHO Plan of Action for Food Safety . . . . .	389
Tema 5.11:	Plan de Acción de la OPS sobre la Inocuidad de los Alimentos . . . . .	389
Item 4.1:	Report of the Award Committee of the PAHO Award for Administration, 1986 . . . . .	404
Tema 4.1:	Informe del Jurado del Premio OPS en Administración, 1986.	404

	<u>Page</u> <u>Página</u>
Item 4.2: Report of the Advisory Committee on Health Research . . .	405
Tema 4.2: Informe del Comité Asesor de Investigaciones en Salud . . .	405
TENTH PLENARY SESSION (Friday, 26 September 1986, at 2:30 p.m.)	
DECIMA SESION PLENARIA (Viernes, 26 de septiembre de 1986, a las 2:30 p.m.)	
Item 7.1: Relations with Nongovernmental Organizations at the Regional and National Levels . . . . .	418
Tema 7.1: Relaciones con las organizaciones no gubernamentales a niveles regional y nacional . . . . .	418
Item 6.3 Hiring Under Local Conditions of Employment for the Mobilization of National Resources . . . . .	422
Tema 6.3 Contratación de personal bajo condiciones locales de empleo para la movilización de recursos nacionales . . . . .	422
Item 8.2: Provisional Agenda of the Seventy-Ninth Session of the Executive Board of WHO: Items of Interest to the Regional Committee . . . . .	436
Tema 8.2: Orden del día provisional del 79o Período de Sesiones del Consejo Ejecutivo de la OMS: Temas de interés para el Comité Regional . . . . .	436
Item 9: Other Matters ( <u>continued</u> )	
Tema 9: Otros asuntos ( <u>continuación</u> )	
- Sesquicentennial of the National Library of Medicine of the United States of America . . . . .	438
- Sesquicentenario de la Biblioteca Nacional de Medi- cina de los Estados Unidos de América . . . . .	438
Consideration of Proposed Resolutions Pending Adoption	
Consideración de los proyectos de resolución pendientes de aprobación	
Item 5.1: Orientation and Program Priorities for PAHO during the Quadrennium 1987-1990 . . . . .	444
Tema 5.1: Orientación y prioridades programáticas para la OPS en el cuatrienio 1987-1990 . . . . .	444
Item 5.5: Andean Subregion, Joint Plan of Action . . . . .	452
Tema 5.5: Subregión Andina, Plan de Acción Conjunto . . . . .	452
Item 5.7: Progress Made in the Use of TCDC/ECDC by Member Governments and the Organization . . . . .	454
Tema 5.7: Adelantos logrados por los Gobiernos Miembros y la Organización mediante la CTPD/CEPD . . . . .	454

	<u>Page</u> <u>Página</u>
Item 5.8: Expanded Program on Immunization in the Americas . . .	456
Tema 5.8: Programa Ampliado de Inmunización en las Américas . . .	456
Item 9: <u>Aedes albopictus</u> in the Americas . . . . .	459
Tema 9: <u>Aedes albopictus</u> en las Américas . . . . .	459
Statement by the Observer for the International Council of Women . .	462
Declaración de la Observadora del Consejo Internacional de Mujeres. .	462
Statement by the Observer for CARICOM . . . . .	463
Declaración de la Observadora de CARICOM . . . . .	463
 CLOSING SESSION (Saturday, 27 September 1986, at 11:00 a.m.) SESION DE CLAUSURA (Sábado, 27 de septiembre de 1986, a las 11:00 a.m.)	
Presentation and Signature of the Final Report . . . . .	466
Presentación y firma del Informe Final . . . . .	466
Closing of the Conference . . . . .	466
Clausura de la Conferencia . . . . .	466

AGENDA  
PROGRAMA DE TEMAS

1. OPENING OF THE MEETING
1. APERTURA DE LA REUNION
  
2. PROCEDURAL MATTERS
2. ASUNTOS RELATIVOS AL REGLAMENTO
  
- 2.1 Appointment of the Committee on Credentials
- 2.1 Nombramiento de la Comisión de Credenciales
  
- 2.2 Election of the President, Two Vice Presidents and the Rapporteur
- 2.2 Elección del Presidente, dos Vicepresidentes y el Relator
  
- 2.3 Establishment of a Working Party to Study the Application of Article 6.B of the Constitution
- 2.3 Establecimiento de un grupo de trabajo para estudiar la aplicación del Artículo 6.B de la Constitución
  
- 2.4 Establishment of the General Committee
- 2.4 Establecimiento de la Comisión General
  
- 2.5 Adoption of the Agenda
- 2.5 Adopción del programa de temas
  
- 2.6 Selection of One Member Government Entitled to Designate a Person to Serve on the Joint Coordinating Board of the UNDP/World Bank/WHO Special Program for Research and Training in Tropical Diseases
- 2.6 Selección de un Gobierno Miembro facultado para designar a una persona que forme parte de la Junta Mixta de Coordinación del Programa Especial PNUD/Banco Mundial/OMS de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales
  
- 2.7 Selection of Three Members to the Policy and Coordination Advisory Committee of the Special Program of Research, Development and Research Training in Human Reproduction
- 2.7 Selección de tres miembros para integrar el Comité Asesor de Política y Coordinación del Programa Especial de Investigación, Desarrollo y Capacitación en Investigación en Reproducción Humana
  
3. CONSTITUTIONAL AND RELATED MATTERS
3. ASUNTOS RELATIVOS A LA CONSTITUCION Y OTROS AFINES
  
- 3.1 Annual Report of the Chairman of the Executive Committee
- 3.1 Informe Anual del Presidente del Comité Ejecutivo

- 3.2 Annual Report, 1985, and Quadrennial Report, 1982-1985, of the Director of the Pan American Sanitary Bureau
- 3.2 Informe Anual, 1985, e Informe Cuadrienal, 1982-1985, del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana
- 3.3 Reports of the Member Governments of the Organization on Public Health Conditions and Progress Achieved in the Interval between the XXI and XXII Pan American Sanitary Conferences
- 3.3 Informes de los Gobiernos Miembros de la Organización sobre las condiciones de salud pública y los adelantos logrados en el intervalo transcurrido entre las XXI y XXII Conferencias Sanitarias Panamericanas
- 3.4 Election of the Director of the Pan American Sanitary Bureau and Nomination of the Regional Director of the World Health Organization for the Americas
- 3.4 Elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y nombramiento del Director Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas
- 3.5 Election of Three Member Governments to the Executive Committee on the Termination of the Periods of Office of Canada, Costa Rica, and Dominica
- 3.5 Elección de tres Gobiernos Miembros para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término el mandato de Canadá, Costa Rica y Dominica
- 4. COMMITTEE AND SUBCOMMITTEE REPORTS
- 4. INFORMES DE COMITES Y SUBCOMITES
- 4.1 Report of the Award Committee of the PAHO Award for Administration, 1986
- 4.1 Informe del Jurado del Premio OPS en Administración, 1986
- 4.2 Report of the Advisory Committee on Health Research
- 4.2 Informe del Comité Asesor de Investigaciones en Salud
- 5. PROGRAM POLICY MATTERS
- 5. ASUNTOS RELATIVOS A LA POLITICA DE LOS PROGRAMAS
- 5.1 Orientation and Program Priorities for PAHO during the Quadrennium 1987-1990
- 5.1 Orientación y prioridades programáticas para la OPS en el cuatrienio 1987-1990
- 5.2 Provisional Draft of the Program Budget Proposal of the World Health Organization for the Region of the Americas for the Biennium 1988-1989
- 5.2 Anteproyecto de presupuesto por programas de la Organización Mundial de la Salud para la Región de las Américas para el bienio 1988-1989

- 5.3 Contribution of the Region of the Americas to the Eighth General Program of Work of WHO, 1990-1995
- 5.3 Contribución de la Región de las Américas al Octavo Programa General de Trabajo de la OMS, 1990-1995
- 5.4 Caribbean Cooperation in Health
- 5.4 Cooperación para la salud en la zona del Caribe
- 5.5 Andean Subregion, Joint Plan of Action
- 5.5 Subregión Andina, Plan de Acción Conjunto
- 5.6 Women, Health and Development: Regional Forward-Looking Strategies
- 5.6 La mujer, la salud y el desarrollo: Estrategias regionales para el futuro
- 5.7 Progress Made in the Use of TCDC/ECDC by Member Governments and the Organization
- 5.7 Adelantos logrados por los Gobiernos Miembros y la Organización mediante la CTPD/CEPD
- 5.8 Expanded Program on Immunization in the Americas
- 5.8 Programa Ampliado de Inmunización en las Américas
- 5.9 International Program on Chemical Safety
- 5.9 Programa Internacional de Seguridad de las Sustancias Químicas
- 5.10 International Drinking Water Supply and Sanitation Decade - Regional Progress
- 5.10 Decenio Internacional del Abastecimiento de Agua Potable y del Saneamiento - Informe sobre la marcha de los trabajos en la Región
- 5.11 PAHO Plan of Action for Food Safety
- 5.11 Plan de Acción de la OPS sobre la Inocuidad de los Alimentos
- 6. ADMINISTRATIVE AND FINANCIAL POLICY MATTERS
- 6. ASUNTOS DE POLITICA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
- 6.1 Report on the Collection of Quota Contributions
- 6.1 Informe sobre la recaudación de las cuotas
- 6.2 Financial Report of the Director and Report of the External Auditor for the Biennium 1984-1985
- 6.2 Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondiente al período 1984-1985
- 6.3 Hiring Under Local Conditions of Employment for the Mobilization of National Resources
- 6.3 Contratación de personal bajo condiciones locales de empleo para la movilización de recursos nacionales

- 7. GENERAL POLICY MATTERS
- 7. ASUNTOS DE POLITICA GENERAL
- 7.1 Relations with Nongovernmental Organizations at the Regional and National Levels
- 7.1 Relaciones con las organizaciones no gubernamentales a niveles regional y nacional
- 7.2 Requirements, Procedures and Privileges for States Requesting and Obtaining Observer Status in the Pan American Health Organization
- 7.2 Requisitos, trámites y privilegios para los Estados que soliciten y obtengan la calidad de país observador en la Organización Panamericana de la Salud
- 7.3 Request of Portugal for Observer Status in the Pan American Health Organization
- 7.3 Solicitud del Gobierno de Portugal para obtener la calidad de país observador en la Organización Panamericana de la Salud
- 8. GENERAL INFORMATION MATTERS
- 8. ASUNTOS DE INFORMACION GENERAL
- 8.1 Resolutions of the Thirty-ninth World Health Assembly of Interest to the Regional Committee
- 8.1 Resoluciones de la 39a Asamblea Mundial de la Salud de interés para el Comité Regional
- 8.2 Provisional Agenda of the Seventy-Ninth Session of the Executive Board of WHO: Items of Interest to the Regional Committee
- 8.2 Orden del día provisional del 79o período de sesiones del Consejo Ejecutivo de la OMS: Temas de interés para el Comité Regional
- 8.3 Abraham Horwitz Award for Inter-American Health
- 8.3 Premio Abraham Horwitz para la Salud Interamericana
- 9. OTHER MATTERS
- 9. OTROS ASUNTOS



PARTICIPANTS  
PARTICIPANTES

MEMBER GOVERNMENTS  
GOBIERNOS MIEMBROS

ANTIGUA AND BARBUDA  
ANTIGUA Y BARBUDA

Chief Delegate - Delegado Jefe

Dr. Christopher M. O'Mard, Minister of Health, Ministry of Health,  
St. John's

Delegate - Delegado

Dr. Thomas Rex Jones, Chief Medical Officer, Ministry of Health,  
St. John's

ARGENTINA

Chief Delegate - Delegado Jefe

Dr. Conrado Storani, Ministro de Salud y Acción Social, Ministerio de  
Salud y Acción Social, Buenos Aires

Delegate - Delegado

Dr. Jorge Ahumada, Asesor del Ministro de Salud y Acción Social,  
Ministerio de Salud y Acción Social, Buenos Aires

BAHAMAS

Chief Delegate - Delegado Jefe

Dr. Norman Gay, Minister of Health, Ministry of Health, Nassau

Delegates - Delegados

Mr. Luther Emerson Smith, Permanent Secretary, Ministry of Health,  
Nassau

Dr. Carlos Mulraine, Medical Officer of Health (Family Islands),  
Ministry of Health, Nassau

Alternate and Adviser - Suplente y Asesor

Dr. Carol Chaney-Gay, Ministry of Health, Nassau

## BARBADOS

Chief Delegate - Delegado Jefe

Dr. Keith Simmons, Minister of Health, Ministry of Health, St. Michael

Delegates - Delegados

Dr. Dorian C. Shillingford, Chief Medical Officer, Ministry of Health,  
Bridgetown

Mr. Carl Yard, Permanent Secretary, Ministry of Health, St. Michael

## BELIZE

## BELICE

Chief Delegate - Delegado Jefe

Dr. Israel Alpuche, Minister of Health, Ministry of Health, Belmopan

Delegate - Delegado

Dr. Errol Vanzie, Director of Health Services, Ministry of Health,  
Belmopan

## BOLIVIA

Chief Delegate - Delegado Jefe

Dra. María Teresa Paz, Subsecretaria de Salud Pública, Ministerio de  
Previsión Social y Salud Pública, La Paz,

Delegate - Delegado

Sr. Luis Paz-Arce, Ministro Consejero, Embajada de Bolivia,  
Washington, D.C.

## BRAZIL

## BRASIL

Chief Delegate - Delegado Jefe

Dr. Roberto Figueira Santos, Ministro de Estado da Saúde, Ministério  
da Saúde, Brasília

Delegates - Delegados

Dr. João Bosco Rennó Salomon, Coordenador de Assuntos Internacionais  
da Saúde, Ministério da Saúde, Brasília

Dr. Geniberto Paiva Campos, Diretor da Divisão Nacional de Doenças  
Crônico-Degenerativas, Ministério da Saúde, Brasília

Alternate and Adviser - Suplente y Asesor

Secretário Marcos Bezerra Abbott Galvão, Missão Permanente do Brasil junto à Organização dos Estados Americanos, Washington, D.C.

CANADA

Chief Delegate - Delegado Jefe

Mr. Jake Epp, Minister of National Health and Welfare, Department of National Health and Welfare, Ottawa, Ontario

Delegates - Delegados

Mr. Norbert Préfontaine, Assistant Deputy Minister, Intergovernmental and International Affairs Branch, Department of National Health and Welfare, Ottawa, Ontario

Mr. Pierre Charpentier, Ambassador and Permanent Observer, Mission of Canada to the Organization of American States, Washington, D.C.

Alternates and Advisers - Suplentes y Asesores

Ms. Claire Morris, Deputy Minister, Department of Health and Community Services, Province of New Brunswick

Mr. A. E. Leblanc, Director, Policy Analysis and Research Branch, Ministry of Health, Province of Ontario

Mr. Russ John Wunker, Chief of Staff, Minister's Office, Department of National Health and Welfare, Ottawa, Ontario

Ms. Janice Hopkins, Executive Director, Health Protection Branch, Department of National Health and Welfare, Ottawa, Ontario

Dr. André Moineau, Senior Medical Adviser, Intergovernmental and International Affairs Branch, Department of National Health and Welfare, Ottawa, Ontario

Ms. Freda Paltiel, Senior Adviser, Status of Women, Department of National Health and Welfare, Ottawa, Ontario

Mr. Percy Abols, Alternate Permanent Observer, Mission of Canada to the Organization of American States, Washington, D.C.

Mr. Gilles Gingras, Alternate Permanent Observer, Mission of Canada to the Organization of American States, Washington, D.C.

## CHILE

Chief Delegate - Delegado Jefe

Dr. Augusto Schuster, Subsecretario de Salud, Ministerio de Salud,  
Santiago

Delegates - Delegados

Dr. José Manuel Borgoño, Jefe, Oficina de Asuntos Internacionales,  
Ministerio de Salud, Santiago

Dr. Ricardo Caram, Jefe, Gabinete del Ministro de Salud, Ministerio de  
Salud, Santiago

## COLOMBIA

Chief Delegate - Delegado Jefe

Dr. César Esmeral Barros, Ministro de Salud, Ministerio de Salud,  
Bogotá

Delegate - Delegado

Sr. César Augusto Esmeral, Secretario Privado del Ministro de Salud,  
Ministerio de Salud, Bogotá

## COSTA RICA

Chief Delegate - Delegado Jefe

Dr. Edgar Mohs Villalta, Ministro de Salud, Ministerio de Salud, San  
José

Delegate - Delegado

Srta. María Cecilia Fernández, Representante Alternativa de Costa Rica  
ante la Organización de los Estados Americanos, Washington, D.C.

## CUBA

Chief Delegate - Delegado Jefe

Dr. Jorge Antelo Pérez, Viceministro Primero, Ministerio de Salud  
Pública, La Habana

Delegates - Delegados

Dr. Juan Roberto Menchaca Montano, Director de Relaciones  
Internacionales, Ministerio de Salud Pública, La Habana

Dr. Gabriel Montalvo Alvarez, Especialista en Organizaciones  
Internacionales, Ministerio de Salud Pública, La Habana

Alternates and Advisers - Suplentes y Asesores

Dr. Ramón Martínez Rodríguez, Especialista en Relaciones Interamericanas, Ministerio de Salud Pública, La Habana

Srta. Maritza Tamayo Hodelín, Especialista en Organizaciones Internacionales, Ministerio de Relaciones Exteriores, La Habana

Dr. Ramón F. Prado Rodríguez, Misión de Cuba ante las Naciones Unidas, New York, New York

Lic. Virgilio Lora Quesada, Tercer Secretario, Sección de Intereses de Cuba, Washington, D.C.

DOMINICA

Chief Delegate - Delegado Jefe

Dr. Ronan A. David, Minister of Health, Ministry of Health, Roseau

Delegate - Delegado

Dr. William E. V. Green, Acting Health Services Coordinator, Ministry of Health, Roseau

DOMINICAN REPUBLIC  
REPUBLICA DOMINICANA

Chief Delegate - Delegado Jefe

Ing. Eulogio Santaella, Embajador, Embajada de la República Dominicana, Washington, D.C.

Delegate - Delegado

Dr. Roberto Turull Duluc, Consejero, Misión Permanente de la República Dominicana ante la Organización de los Estados Americanos, Washington, D.C.

ECUADOR

Chief Delegate - Delegado Jefe

Dr. Jorge Ernesto Bracho-Oña, Ministro de Salud Pública, Ministerio de Salud Pública, Quito

Delegate - Delegado

Dr. Alejandro Sáenz Ubilla, Subsecretario de Salud Pública, Ministerio de Salud Pública, Quito

## EL SALVADOR

Chief Delegate - Delegado Jefe

Dr. Benjamín Valdez, Ministro de Salud Pública y Asistencia Social,  
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, San Salvador

Delegate - Delegado

Dr. José Guillermo Trabanino, Asesor del Ministro, Ministerio de Salud  
Pública y Asistencia Social, San Salvador

FRANCE  
FRANCIAChief Delegate - Delegado Jefe

Dr. René Demeulemeester, Médecin-Inspecteur Régional de la Santé,  
Région Sanitaire Antilles-Guyane, Ministère de la Santé,  
Fort-de-France, Martinique

Delegate - Delegado

Mme. Marianne C. Faure, Attaché, Ambassade de France, Washington, D.C.

GRENADA  
GRANADAChief Delegate - Delegado Jefe

Mr. Daniel C. Williams, Minister of Health, Housing and Women's  
Affairs, Ministry of Health, St. George's

## GUATEMALA

Chief Delegate - Delegado Jefe

Dr. Carlos Armando Soto Gómez, Ministro de Salud Pública y Asistencia  
Social, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Guatemala

## GUYANA

Chief Delegate - Delegado Jefe

Dr. Richard Van West-Charles, Minister of Health and Public Welfare,  
Ministry of Health and Public Welfare, Georgetown

HAITI

Chief Delegate - Delegado Jefe

Dr. Gaston Deslouches, Director General, Département de la Santé Publique et de la Population, Port-au-Prince

Delegate - Delegado

Dr. Alix Lassegue, Membre du Cabinet, Département de la Santé Publique et de la Population, Port-au-Prince

HONDURAS

Chief Delegate - Delegado Jefe

Dr. Rubén Villeda Bermúdez, Ministro de Salud Pública, Ministerio de Salud Pública, Tegucigalpa

Delegate - Delegado

Dr. Yanuario García, Director General de Salud, Ministerio de Salud Pública, Tegucigalpa

JAMAICA

Chief Delegate - Delegado Jefe

Dr. Kenneth Baugh, Minister of Health, Ministry of Health, Kingston

Delegates - Delegados

Dr. Carmen Bowen-Wright, Principal Medical Officer, Ministry of Health, Kingston

Ms. Cecile Clayton, Minister, Embassy of Jamaica, Washington, D.C.

KINGDOM OF THE NETHERLANDS  
REINO DE LOS PAISES BAJOS

Chief Delegate - Delegado Jefe

Dr. Frank Ernst Rozendal, Minister of Health and Environmental Hygiene, Ministry of Health and Environmental Hygiene, Willemstad, Curacao

Delegates - Delegados

Dr. Christian M. Winkel, Director, Department of Health, Ministry of Health and Environmental Hygiene, Willemstad, Curacao

Mr. Th. Evers, Attaché (Health and Environmental Protection), Royal Netherlands Embassy, Washington, D.C.

Alternate and Adviser - Suplente y Asesor

Mr. Harold Henriquez, Minister Plenipotentiary for Netherlands  
Antilles Affairs, Washington, D.C.

## MEXICO

Chief Delegate - Delegado Jefe

Dr. Guillermo Soberón Acevedo, Secretario de Salud, Secretaría de  
Salud, México, D.F.

Delegates - Delegados

Dr. Manuel Ruiz de Chávez, Subsecretario de Planeación, Secretaría de  
Salud, México, D.F.

Dr. Manuel Quijano Narezo, Director, Unidad de Asuntos  
Internacionales, Secretaría de Salud, México, D.F.

Alternates and Advisers - Suplentes y Asesores

Dr. Ramón Alvarez Gutiérrez, Coordinador de Asesores, Secretaría de  
Salud, México, D.F.

Sr. José Aguilar Salazar, Representante Alterno de México, Misión  
Permanente de México ante la Organización de los Estados Americanos,  
Washington, D.C.

Dr. Ramón Villarreal, Director General, Fundación Mexicana de la  
Salud, México, D.F.

Dr. Manuel Algara Fernández, Presidente, Cámara Nacional de la  
Industria Farmacéutica, México, D.F.

## NICARAGUA

Chief Delegate - Delegado Jefe

Comandante Dora María Téllez Argüello, Ministro de Salud, Ministerio  
de Salud, Managua

Delegates - Delegados

Dr. Rigoberto Sampson Granera, Viceministro Primero de Salud,  
Ministerio de Salud, Managua

Sr. Edgar F. Parrales Castillo, Embajador, Representante Permanente de  
Nicaragua ante la Organización de los Estados Americanos, Washington,  
D.C.



Alternate and Adviser - Suplente y Asesor

Dr. Juan Carlos Vilchez, Responsable de Organismos Multilaterales de la Dirección de Cooperación Externa, Ministerio de Salud, Managua

PANAMA

Chief Delegate - Delegado Jefe

Dr. Eduardo E. Reyes Vargas, Viceministro de Salud, Ministerio de Salud, Panamá

Delegates - Delegados

Sr. Roberto Leyton, Embajador, Representante Permanente de Panamá ante la Organización de los Estados Americanos, Washington, D.C.

Dr. Alfredo L. Moltó, Director General de Salud, Ministerio de Salud, Panamá

PARAGUAY

Chief Delegate - Delegado Jefe

Dr. Adán Godoy Jiménez, Ministro de Salud Pública y Bienestar Social, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Asunción

Delegates - Delegados

Dr. José Efraín Alderete Arias, Director General de Salud, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Asunción

Dr. Anselmo Avilá Ortiz, Gerente del Centro Médico Nacional, Asunción

PERU

Chief Delegate - Delegado Jefe

Dr. David Tejada de Rivero, Ministro de Salud, Ministerio de Salud, Lima

Delegates - Delegados

Dr. Nilo Vallejo Espinoza, Director Técnico de Coordinación Sectorial de Cooperación Externa, Ministerio de Salud, Lima

Sr. José Luis Salinas Montes, Segundo Secretario, Misión Permanente del Perú ante la Organización de los Estados Americanos, Washington, D.C.

ST. KITTS AND NEVIS  
SAN CRISTOBAL Y NIEVESChief Delegate - Delegado Jefe

Dr. Sydney Earl Morris, Minister of Education, Health and Community Affairs, Ministry of Education, Health and Community Affairs, Basseterre

Delegate - Delegado

Mr. Oriel Hector, Permanent Secretary, Ministry of Education, Health and Community Affairs, Basseterre

SAINT LUCIA  
SANTA LUCIAChief Delegate - Delegado Jefe

Dr. Clendon Hayes Mason, Minister of Health, Housing and Labour, Ministry of Health, Housing and Labour, Castries

Delegates - Delegados

Mr. Cornelius Lubin, Permanent Secretary, Ministry of Health, Housing and Labour, Castries

Dr. Anthony D'Souza, Director of Health Services, Ministry of Health, Housing and Labour, Castries

ST. VINCENT AND THE GRENADINES  
SAN VICENTE Y GRANADINASChief Delegate - Delegado Jefe

Dr. Edward G. Griffith, Minister of Health, Ministry of Health, Kingstown

Delegate - Delegado

Dr. Frederick N. Ballantyne, Acting Chief Medical Officer, Ministry of Health, Kingstown

## SURINAME

Chief Delegate - Delegado Jefe

Dr. Arti E. R. Jessurun, Minister of Health, Ministry of Health, Paramaribo

Delegate - Delegado

Dr. Humbert Marcel Tjon Jaw Chong, Director of Health, Ministry of Health, Paramaribo

TRINIDAD AND TOBAGO  
TRINIDAD Y TABAGO

Chief Delegate - Delegado Jefe

Dr. John Eckstein, Minister of Health and Environment, Ministry of Health and Environment, Port-of-Spain

Delegates - Delegados

Dr. Karen Sealey, Director of Health Planning Services, Ministry of Health and Environment, Port-of-Spain

Mr. James O'Neil Lewis, Ambassador, Embassy of Trinidad and Tobago, Washington, D.C.

Alternates and Advisers - Suplentes y Asesores

Mr. Lennox Wattley, Counsellor, Embassy of Trinidad and Tobago, Washington, D.C.

Mr. Premchand Budhram, Immigration Attaché, Embassy of Trinidad and Tobago, Washington, D.C.

UNITED STATES OF AMERICA  
ESTADOS UNIDOS DE AMERICA

Chief Delegate - Delegado Jefe

Dr. Otis R. Bowen, Secretary of Health and Human Services, Department of Health and Human Services, Washington, D.C.

Delegates - Delegados

Dr. C. Everett Koop, Surgeon General, Public Health Service, Department of Health and Human Services, Washington, D.C.

Mr. Neil Boyer, Director, Health and Transportation Programs, Bureau of International Organization Affairs, Department of State, Washington, D.C.

Alternates and Advisers - Suplentes y Asesores

Dr. Donald R. Hopkins, Deputy Director, Centers for Disease Control, Public Health Service, Department of Health and Human Services, Atlanta, Georgia

Alternates and Advisers - Suplentes y Asesores (cont.)

Ms. Marlyn Kefauver, Associate Director for Bilateral Programs, Office of International Health, Public Health Service, Department of Health and Human Services, Rockville, Maryland

Dr. Emilio Dávila, Undersecretary of Health, Commonwealth of Puerto Rico

Ms. Paula Feeney, Chief, Health and Nutrition, Bureau for Latin America and the Caribbean, Agency for International Development, Washington, D.C.

Mr. F. Gray Handley, Directorate for Health and Transportation Programs, Bureau of International Organization Affairs, Department of State, Washington, D.C.

Dr. Stuart L. Nightingale, Associate Commissioner for Health Affairs, Food and Drug Administration, Public Health Service, Department of Health and Human Services, Rockville, Maryland

Dr. Craig K. Wallace, Associate Director for International Research, National Institutes of Health, Public Health Service, Department of Health and Human Services, Bethesda, Maryland

## URUGUAY

Chief Delegate - Delegado Jefe

Dr. Raúl Ugarte, Ministro de Salud Pública, Ministerio de Salud Pública, Montevideo

Delegate - Delegado

Dr. Carlos Miguez Barón, Director General de Salud, Ministerio de Salud Pública, Montevideo

## VENEZUELA

Chief Delegate - Delegado Jefe

Dr. José Manuel Padilla Lepage, Director General, Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, Caracas

Delegates - Delegados

Dr. Edilberto Moreno, Embajador, Representante Permanente de Venezuela ante la Organización de los Estados Americanos, Washington, D.C.

Dr. Isidro Toro Alayón, Director de Epidemiología y Programas de Salud, Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, Caracas

Alternate and Adviser - Suplente y Asesor

Sra. Violeta Matos de Vásquez, Consejera de la Misión Permanente de Venezuela ante la Organización de los Estados Americanos, Washington, D.C.

OBSERVER GOVERNMENTS  
GOBIERNOS OBSERVADORES

PORTUGAL

Dra. Maria Leonor Beleza, Ministra da Saúde, Ministerio da Saúde, Lisboa

Dr. João Pereira Bastos, Embajador, Embajada de Portugal, Washington, D.C.

Dr. João Silveira Bothelho, Chefe de Gabinete, Ministerio da Saúde, Lisboa

Dr. Luis Filipe de Carvalho Magão, Diretor, Gabinete de Estudos e Planeamento, Ministerio da Saúde, Lisboa

Dr. Antonio Lobato Faria, Director, Escola Nacional da Saúde Publica, Lisboa

SPAIN  
ESPAÑA

Sr. Alberto Aza Arias, Embajador, Observador Permanente de España ante la Organización de los Estados Americanos, Washington, D.C.

Sr. Enrique Pastor, Observador Alterno de España ante la Organización de los Estados Americanos, Washington, D.C.

EXECUTIVE COMMITTEE OF THE DIRECTING COUNCIL  
COMITE EJECUTIVO DEL CONSEJO DIRECTIVO

Dr. Norman Gay (Chairman), Minister of Health, Ministry of Health, Nassau, Bahamas

Dr. Edgar Mohs Villalta, Ministro de Salud, Ministerio de Salud, San José, Costa Rica

WORLD HEALTH ORGANIZATION  
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

Sir John Reid, Member of the Executive Board, London, England

Dr. Halfdan T. Mahler, Director-General, Geneva, Switzerland

PAN AMERICAN SANITARY BUREAU  
OFICINA SANITARIA PANAMERICANASecretary ex officio  
Secretario ex officio

Dr. Carlyle Guerra de Macedo, Director

Advisers to the Director of the Pan American Sanitary Bureau  
Asesores del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana

Dr. Robert F. Knouss, Deputy Director/Director Adjunto

Dr. Luis Carlos Ochoa Ochoa, Assistant Director/Subdirector

Mr. Thomas Tracy, Chief of Administration/Jefe de Administración

Dr. Pedro N. Acha, Area Director, Health Systems Infrastructure/  
Director de Area, Infraestructura de Sistemas de SaludDr. George O. Alleyne, Area Director, Health Programs Development/  
Director de Area, Desarrollo de Programas de SaludChief, Department of Conferences and General Services  
Jefe, Departamento de Conferencias y Servicios Generales

Mr. César A. Portocarrero

Chief, Conference and Secretariat Services  
Jefe, Servicios de Conferencias y de Secretaría

Mr. Carlos L. García

INTERGOVERNMENTAL ORGANIZATIONS  
ORGANISMOS INTERGUBERNAMENTALESCaribbean Community  
Comunidad del CaribeMs. Angela Cropper, Director, Functional Cooperation, Georgetown,  
Guyana

Dr. Mervyn Henry, Health Programmes Adviser, Georgetown, Guyana

Food and Agriculture Organization of the United Nations  
Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la  
Alimentación

Dr. John Lupien, Chief, Food Quality and Standards Service, Rome, Italy

Hipólito Unanue Agreement  
Convenio Hipólito Unanue

Dr. Arcadio Andrade, Secretario Ejecutivo, Lima, Perú

Inter-American Commission of Women  
Comisión Interamericana de Mujeres

Ms. Julieta Jardí de Morales Macedo, Principal Delegate from Uruguay, Washington, D.C.

Inter-American Development Bank  
Banco Interamericano de Desarrollo

Sr. Juan Alfaro, Jefe, Sección de Ingeniería Sanitaria, Análisis de Proyecto, Washington, D.C.

Sr. Mauricio Herman, Jefe, División de Desarrollo Social, Análisis de Proyecto, Washington, D.C.

Sr. Roberto Badia, Sección de Salud Pública, Análisis de Proyecto, Washington, D.C.

Inter-American Institute for Cooperation on Agriculture  
Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura

Dr. Jorge Werthein, Director de Relaciones Externas, San José, Costa Rica

Dr. Harry Mussman, Director del Programa de Sanidad Vegetal y Animal, Washington, D.C.

International Committee of Military Medicine and Pharmacy  
Comité Internacional de Medicina y Farmacia Militares

Dr. Carlos Díaz-Coller, México, D.F., México

Organization of American States  
Organización de los Estados Americanos

Srta. Linda J. Poole, Secretaria Ejecutiva Interina, Comisión Interamericana de Mujeres, Washington, D.C.

Sra. Joan H. Irañeta, Especialista Principal del Grupo de Asesores, Oficina del Secretario General, Washington, D.C.

United Nations  
Naciones Unidas

Mr. Fabio Arango, Director Auxiliar, United Nations Economic Commission for Latin America and the Caribbean, Washington, D.C.

Mr. Isaac Cohen, Economic Affairs Officer, United Nations Economic Commission for Latin America and the Caribbean, Washington, D.C.

United Nations Children's Fund  
Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

Sra. Teresa Albanez Barnola, Directora Regional, Bogotá, Colombia

Dr. Juan Aguilar, Asesor Regional, Bogotá, Colombia

United Nations Economic Commission for Latin America and the Caribbean  
Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina y el Caribe

Mr. Fabio Arango, Director Auxiliar, Washington, D.C.

Mr. Isaac Cohen, Economic Affairs Officer, Washington, D.C.

NONGOVERNMENTAL ORGANIZATIONS  
ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES

International Agency for the Prevention of Blindness  
Organismo Internacional de Prevención de la Ceguera

Mr. Kenneth O. Cooke, National Eye Institute, Bethesda, Maryland

International Commission on Occupational Health  
Comisión Internacional de Medicina del Trabajo

Dr. Neill K. Weaver, Health and Environmental Sciences Department,  
American Petroleum Institute, Washington, D.C.

International College of Surgeons  
Colegio Internacional de Cirujanos

Dr. Virgil T. Devault, Washington, D.C.

International Confederation of Midwives  
Confederación Internacional de Matronas

Ms. Bonnie Pedersen, American College of Nurse-Midwives, Washington,  
D.C.

Ms. Diana Beck, American College of Nurse-Midwives, Washington, D.C.

International Council of Nurses  
Consejo Internacional de Enfermeras

Dr. Jan H. Heinrich, American Nurses' Association, Inc., Washington,  
D.C.

International Council of Societies of Pathology  
Consejo Internacional de Sociedades de Patología

Dr. Chapman H. Binford, Arlington, Virginia



International Council of Women  
Consejo Internacional de Mujeres

Dr. Dorothy Willner, Member of the Board of Directors and FCW  
Representative to UNICEF, New York, New York

International Dental Federation  
Federación Dental Internacional

Dr. Ariel Gómez, Buenos Aires, Argentina

International Eye Foundation  
Fundación Internacional de Oftalmología

Dr. Marilyn Mayers, Program Manager for Latin America and the  
Caribbean, Bethesda, Maryland

International Federation on Ageing  
Federación Internacional de la Vejez

Mr. William Tonesk, Washington, D.C.

International Federation for Family Life Promotion  
Federación Internacional de Acción Familiar

Dr. William M. Pruzensky, Assistant Executive Director, Washington,  
D.C.

International Federation of Gynecology and Obstetrics  
Federación Internacional de Ginecología y Obstétrica

Ms. Barbara Person, Administrator, Department of International  
Affairs, American College of Obstetricians and Gynecologists,  
Washington, D.C.

Ms. Margaret Lee Cassidy, Special Assistant, Department of  
International Affairs, American College of Obstetricians and  
Gynecologists, Washington, D.C.

International Federation of Pharmaceutical Manufacturers Associations  
Federación Internacional de la Industria del Medicamento

Mr. Paul Belford, Assistant Vice-President, Pharmaceutical  
Manufacturers Association, Washington, D.C.

Mr. Richard R. Saul, Latin America Regional Director, Pharmaceutical  
Manufacturers Association, Washington, D.C.

International Hospital Federation  
Federación Internacional de Hospitales

Dr. Juan Carlos Albarellos, Miembro del Consejo Directivo, Confederación Argentina de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados, Buenos Aires, Argentina.

Dr. José González, Secretary, Washington Office, Washington, D.C.

International Leprosy Association  
Asociación Internacional Contra la Lepra

Dr. Chapman H. Binford, Arlington, Virginia

International Society of Blood Transfusion  
Sociedad Internacional de Transfusión de Sangre

Mr. Lewellys Barker, Senior Vice President, American Red Cross, National Headquarters, Washington, D.C.

International Society of Radiographers and Radiological Technicians  
Sociedad Internacional de Radiógrafos y Técnicos de Radiología

Ms. Helen Haughton, Vice President for the Americas, Kingston, Jamaica

International Union of Architects  
Unión Internacional de Arquitectos

Mr. Roger C. Mellem, FAIA, Washington, D.C.

International Union Against Cancer  
Unión Internacional contra el Cáncer

Ms. June S. Ewing, Staff Officer, National Research Council, Commission on Life Sciences, Washington, D.C.

Latin American Association of Pharmaceutical Industries  
Asociación Latinoamericana de Industrias Farmaceuticas

Dr. Raúl Zavalla Carbó, Director Ejecutivo, Buenos Aires, Argentina

Dr. Rubén Omar Abete, Buenos Aires, Argentina

Latin American Federation of Hospitals  
Federación Latinoamericana de Hospitales

Sr. Jorge Brull Náter, Presidente, Río Piedras, Puerto Rico

Sr. José L. Berlingerí Torres, Ayudante Especial del Secretario de Salud, Río Piedras, Puerto Rico

Dr. Raúl G. Castellanos Bran, Secretario Auxiliar para Medicina Preventiva y Salud Familiar, Departamento de Salud, San Juan, Puerto Rico

Latin American Federation of the Pharmaceutical Industry  
Federación Latinoamericana de la Industria Farmaceutica

Sr. Alejandro C. Aron, Miembro del Comité Directivo, Buenos Aires,  
Argentina

Medical Women's International Association  
Asociación Internacional de Médicas

Dr. Patricia Tudbury, Salem, Massachussetts

World Blind Union  
Unión Mundial de Ciegos

Mrs. Christa-Sheila Duggal, Hartsdale, New York

World Federation for Mental Health  
Federación Mundial de Salud Mental

Dr. Bruno Lima, Assistant Professor of Psychiatry, Johns Hopkins  
University, Baltimore, Maryland

World Federation of Neurology  
Federación Mundial de Neurologia

Dr. Lawrence Levine, Bethesda, Maryland

World Federation of Occupational Therapists  
Federación Mundial de Ergoterapeutas

Ms. Barbara Neuhaus, Riverdale, New York

World Federation of Proprietary Medicine Manufacturers  
Federación Mundial de Fabricantes de Medicamentos Registrados

Dr. Evan B. Siegel, Director of Pharmacology and Toxicology,  
The Proprietary Association, Washington, D.C.

World Federation of Public Health Associations  
Federación Mundial de Asociaciones de Salud Pública

Dr. Alfred Gerald, Washington, D.C.

Ms. Diane Melendez, Washington, D.C.

World Rehabilitation Fund  
Fondo Mundial para la Rehabilitación

Mr. Howard A. Rusk, Jr., President, New York, New York

Ms. Joan Colchamira, New York, New York

World Organization of National Colleges, Academies and Academic  
Associations of General Practitioners/Family Physicians  
Organization Mundial de Colegios Nacionales, Academias y Asociaciones  
Académicas de Médicos Generales/Médicos de Cabecera

Dr. Daniel J. Ostergaard, Vice President, Education and Scientific  
Affairs, The American Academy of Family Physicians, Kansas City,  
Missouri

Dr. Robert W. Higgins, American Academy of Family Physicians, Camp  
Pendleton, California

**PLENARY SESSIONS  
SESIONES PLENARIAS**



FIRST PLENARY SESSION  
PRIMERA SESION PLENARIA

Monday, 22 September 1986, at 9:00 a.m.  
Lunes, 22 de septiembre de 1986, a las 9:00 a.m.

President ad interim: Dr. Kenneth Baugh Jamaica  
Presidente provisional:

President: Mr. Jake Epp Canada  
Presidente:

ITEM 1: OPENING OF THE MEETING  
TEMA 1: APERTURA DE LA REUNION

- A. Opening of the Meeting by the President ad interim, Dr. Kenneth Baugh (Jamaica)  
A. Inauguración de la Reunión por el Presidente Provisional, Dr. Kenneth Baugh (Jamaica)

The SECRETARY: Honorable Delegates, I have a few announcements on behalf of the Secretariat before we officially begin. First I would like to announce that you will find at your places, among other things, a card which explains how to use the microphone system in the auditorium. I would kindly request all of you, when you speak, to identify yourselves by name and country at the beginning of your intervention, as this will facilitate the preparation of the records of the session. The brown binder in front of you contains the working documents of the meeting: under tab 1 you will find the provisional agenda, and at the right side of each agenda item you will see the corresponding document number, which also corresponds to the tab number in the volume. Under tab number 2 you will find the provisional list of participants, and under the tab marked "information" you will find additional documentation which is presented for information purposes only.

I would also like to inform you that, due to the absence of the President and the two Vice Presidents of the XXI Pan American Sanitary Conference, which met four years ago, and in accordance with Rule 22 of the Rules of Procedure, the President ad interim who will be opening this XXII Pan American Sanitary Conference will be Dr. Kenneth Baugh, Minister of Health of Jamaica, who was President of the XXXI Meeting of the Directing Council.

The PRESIDENT AD INTERIM: Thank you very much, Dr. Knouss. Dr. Carlyle Guerra de Macedo, Director of the Pan American Health Organization; Dr. Halfdan Mahler, Director-General of the World Health Organization; Dr. Knouss, Deputy Director of the Pan American Health

Organization and Secretary of this Conference; distinguished colleagues, special guests, ladies and gentlemen. Once more it is my pleasure to be your President ad interim for a short while only. I should like to ask the Secretary to advise the Conference as regards the quorum.

The SECRETARY: Mr. President, under Rule 4 the presence of the delegations of a majority of the governments constitutes a quorum for the opening of a Conference. Therefore, for this Conference, 20 is a quorum and I am pleased to indicate that 33 countries are present.

The PRESIDENT AD INTERIM: Therefore, ladies and gentlemen, it is my privilege and pleasure to welcome you all to the XXII Pan American Sanitary Conference. I extend a special welcome to all those whose faces are new. There are many, not old, but familiar faces from so many other Conferences in the past. Of course, we welcome you all here today for this Conference.

It is now my pleasure to invite our Director, Dr. Carlyle Guerra de Macedo, to speak.

- B. Welcoming remarks by Dr. Carlyle Guerra de Macedo, Director of the Pan American Sanitary Bureau
- B. Palabras de bienvenida del Dr. Carlyle Guerra de Macedo, Director de la Oficina Sanitaria Panamericana

Dr. GUERRA DE MACEDO (Director): Gracias señor Presidente. Señores Ministros, Jefes de Delegación, señores Delegados, mi querido amigo el Director General de la OMS, Dr. Mahler, señoras y señores. Una vez más los Gobiernos y los países de las Américas se dan cita para discutir solidariamente, conjuntamente, los problemas que afectan a la salud de los pueblos de esta Región, en la búsqueda de respuestas y de soluciones. Yo quiero darles la más cordial y calurosa bienvenida en nombre de la Oficina Sanitaria Panamericana, de todos aquellos que trabajamos por mandato de ustedes en esta casa, y desearles que los seis días en que estaremos reunidos en esta Vigésima Segunda Conferencia Sanitaria Panamericana sean una demostración adicional de esta voluntad, de este deseo y de este compromiso de trabajar solidaria y efectivamente por la salud de los millones de americanos. Además de las delegaciones oficiales, yo quisiera reconocer la presencia, en primer lugar, del Director General de la Organización Mundial de la Salud, el Dr. Halfdan T. Mahler, quien nos honra al estar con nosotros durante los dos primeros días de la Conferencia. Reconozco además la presencia de los observadores de las organizaciones del sistema interamericano--la Organización de los Estados Americanos, el Banco Interamericano de Desarrollo y el Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura; de los organismos de las Naciones Unidas--especialmente, reconozco la presencia de la Directora Regional del UNICEF--y de muchas organizaciones no gubernamentales. Deseo también reconocer en este momento una presencia que no es usual, la del profesor Sir John Reid, Miembro del Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud, quien está con nosotros no solo para observar nuestras deliberaciones sino también para estimularnos en la tarea que tenemos por delante.



Ustedes han recibido el programa que se ha propuesto, a través del Comité Ejecutivo, para esta Conferencia, que contiene muchos temas de extraordinaria importancia para el momento actual en el desarrollo de los sistemas de salud y de la salud misma en la Región de las Américas. Pero esta misma Conferencia se realiza en un momento muy particular. Está por demás hablar ahora de lo que significa la situación, la circunstancia actual en las Américas y en el mundo. El hecho de que estemos viviendo un momento histórico particularmente interesante, interesante desde el punto de vista de las dificultades que plantea y también de las posibilidades que significa, aumenta la responsabilidad común de cada uno de nosotros de reforzar los principios que justifican la existencia de esta Organización, la solidaridad, el entendimiento y el trabajo colectivo e individual por la salud de todos en esta Región del mundo. Muy bienvenidos otra vez y muchas gracias.

The PRESIDENT AD INTERIM: We thank you very much, Dr. Macedo, for your opening remarks at this XXII Conference.

- C. Address by Dr. Halfdan T. Mahler, Director-General of the World Health Organization
- C. Discurso del Dr. Halfdan T. Mahler, Director General de la Organización Mundial de la Salud

The PRESIDENT AD INTERIM: I now invite the Director-General of the World Health Organization, Dr. Halfdan T. Mahler, to address this meeting.

Dr. MAHLER (Director-General, WHO): Mr. President, Excellencies, colleagues, friends. I have in the last eight days been in Africa, Asia, the Western Pacific, and Europe, to four Regional Committees, so I apologize if I am here only with my body and my head is somewhere else. I would like to communicate to you certain concerns I have, but I hope that you will not take my concerns as an expression of pessimism or doomsday gloom; rather I am trying to put records straight for a reinforced fight.

Four months ago the Thirty-ninth World Health Assembly took place in Geneva. To judge from the press coverage you would think it was nothing but a political jamboree with very little health content. I think the reality was very different. I think it was full of health content in spite of the ever-present danger of political explosions. That that danger was averted is a tribute to the good sense that prevailed when matters came very close to the brink of disaster. Honorable Delegates, you, we, all of us need to keep up that good sense, all the time, if your Organization is to survive as the socially relevant international health organization.

Now, at that Assembly the most important single item was the evaluation of the strategy for health for all, to which your Region made a very valuable contribution. Ninety per cent of Member States reported

on their strategies, and I would say that that is a rather unique social phenomenon, a sure sign that you are taking the goal of health for all by the year 2000 seriously, and at the same time a slap in the face for those who think that this strategy is a mere WHO artefact. The most important single lesson we learned from that evaluation was that it must be undertaken by you in your countries as a normal part of the management of your health systems and certainly not because you have to write yet another report to WHO in two years' time. And we also learned that evaluation has to be a springboard for action and not a mere exercise in history. So good sense dictates that whatever you learn from your evaluation has to be plowed back into the improvement of your health system. And, what is more important, recent memories are more vivid than distant ones, except perhaps for very old arteriosclerotics like myself --but none of you I trust have reached that state as yet! So it is good sense to use the findings of your evaluations right away to improve your health systems rather than refer back later to some outdated evaluation report.

Last year I spoke about targeting on health for all and I emphasized the need to establish action programs in order to get at those targets. I mentioned briefly that district health systems could be useful in that context. Well, you will recall that this was widely debated at the recent Health Assembly and some further ideas crystallized out; I should like to share these ideas with you, so, I hope, you can put them to good use. And that is exactly as it should be in a democratic organization like WHO: ideas floated at the Regional Committees are brought to the supreme policy organ of the Organization, and then after reflection in that organ they come back to the Regional Committees for further action.

I think it has become clear that district health systems can provide a very good opportunity for people--and I underline people--to become genuinely involved in the shaping of their own health care. That is so because the size of the system is no larger than people can grasp, because they can see for themselves what is working reasonably well and what is not working well, and because they are close enough to the managers of the system to have a feeling that they could influence the managers' decisions. But of course, we must not over-romanticize the situation. Decentralization to districts has to take place within a sound national policy and in a politically and fiscally responsible manner. Indeed, district authorities have to be given the power to act but they also have to be given the responsibility to act with good sense. They have to be accountable not only to the people in the districts, but also to the central authorities. These central authorities, as part of their political and fiscal responsibility, have to define clearly the country's health policy so that it becomes a basis for action, and they also have to define, obviously, a number of technical and administrative norms and standards. At the same time, if these central authorities do not allow for initiative at the decentralized level, then the whole thing becomes nothing but a pretense, a mere facade. And here again I have to add that the health system is

only one part of a country's overall social and economic system. So the health system's administrative pattern has to be able to relate harmoniously to the administrative pattern of the country as a whole. Of course, the health care system can and should pioneer administrative innovations, but the political authorities have to be persuaded that these innovations can be accepted. I only mention these very few points because if we neglect them we will find ourselves facing a wall of political opposition irrespective of how good our intentions are.

Of course, the opposite situation can also arise, where the transfer of authority from the central level to the district is understood just to mean uncontrolled and unconstrained freedom of action. Indeed, I have just been to a country where the President had decreed absolute decentralization to districts. And so the district hospitals happily proceeded to buy drugs locally without any respect for the country's health policy or for the list of essential drugs that had been established for the country as a whole, and with the further consequence that these hospitals very soon exhausted their drug budgets, whereas central purchasing could have reduced costs by almost half and the hospitals would have had drugs not only for six months but for the whole year. Quite similar situations have arisen in regard to other supplies, as well as equipment, logistics, and communications systems. A district is a part of a whole and decentralization does not imply anarchy, either in countries or in WHO: it demands responsible management with loyalty to policies and norms.

But the main message I would like to get across is that we should not consider the establishment of district health systems as a new academic exercise surrounded with its own mystique, because all the ingredients for setting them up are already there and have been very amply described, whether it be in the Alma-Ata Report, or in the Global Strategy for Health for All, or indeed in many of the regional strategies. All of these have formed the baseline for the evaluation of national strategies. But what is important is that the ingredients clearly have to be mixed in the right amounts, and here is a glorious challenge for down-to-earth health systems research. Your Organization is ready to work with each and every one of you--eager to work with you--in facing up to that challenge. But in the final analysis, the challenge is yours, the era of paternalism is over--at least I hope so. But I also believe that it is a very late hour in a cost-explosive health day for this Region to discover the practical use of health systems research, and I beg of you to take it seriously this time.

Honorable Delegates, just as the transfer of responsibility from the central level of government to the district level has to take place within the national policy framework and in a politically and fiscally responsible manner, so the transfer of responsibility in your WHO to Governments and Member States has to take place within an internationally collective policy framework and in a politically and fiscally responsible manner.

I don't think I need elaborate on the collective policy framework. We have built it up together, we have lived in it together, we have dared to evaluate its consequences together. So I shall start with fiscal responsibility. To make the most of what your WHO has to offer, you have to squeeze all its resources to the very maximum, and these resources are far, far, greater than financial resources alone because they include human resources; they include moral, emotional and intellectual resources, information and the fruits of experience. They are vast, these resources, because they represent the sum total of human endeavor for health in more than 166 Member States, representing more than 90% of the world's population. The financial resources are not vast; they are severely limited and the belt is unpleasantly tightening.

It is precisely in order to help you use your WHO's resources optimally--it is precisely for that reason that we have been devoting so much time together to establishing regional program budget policies. I have personally, as you know, provided you with guidelines that sum up years of working together to heighten the relevance of our investments in health and improve the efficiency with which these investments are used. And I think these guidelines show clearly how your collective resources can be used sensibly to support you in building up your health systems so that they really do reflect your strategies for health for all. And they show how you can consistently reinforce your own capacities to do that and to manage the system by yourselves. You can do that by using all the information, that is, the knowledge, the know-how, the experience that has been accumulating in WHO over many years, thanks in no small measure to your own efforts in this Region. And they show how you can use your WHO to rationalize and to mobilize your own national resources and progressively to reach that longed for status of self-reliance in health matters. You have indeed adopted a regional program budget policy that emphasizes technical cooperation with Member States, as opposed to technical aid or assistance and, to crown it all, these initiatives show how the optimal use of WHO's resources can be achieved in a highly democratic manner as befits the WHO of the 1980s and the 1990s.

Why then, I ask, why then, Honorable Delegates, are so many countries reluctant to seize the opportunity they have been offered? Why do so many countries continue to use your Organization as only one of many funding agencies providing them with a few crumbs? Why do so many Member States still consider your Organization as a small donor rather than a big partner? As long as you do that you will misuse your collective resources, but if you accept that partnership, you will realize what I have been repeating year after year, day after day, over and over: WHO is your Organization. You can be your own executioners, you can be your own saviors.

Why am I using such words--executioners, saviors? Why such apocalyptic pronouncements? I am using them because we are facing pernicious attacks from without and managerial weaknesses from within, and the two are not quite unrelated. I think we are doing splendid work in generating objective health information, in planning, in monitoring,

in evaluating. Unfortunately, our performance in supporting national programs inside countries is not so splendid in many regions. We are still not spending nearly as wisely as we could and should in countries. In spite of the highly flexible process of program budgeting of our resources in countries, in spite of emerging regional program budget policies, in spite of the managerial arrangements we have introduced to make it easier for you to spend these collective resources optimally in support of your health system, managed by your health personnel, in spite of all that, far too many countries are still spending far too much on ad hoc activities that leave little if anything behind. Too many countries are sending people on fellowships in an utterly unplanned way, not using the fellows properly on their return and not even letting your Organization know what happened to them and to our joint partnership investment in health manpower development.

There is nothing new in what I am saying. I have been telling you that for years, and so it is almost masochistic to repeat it. But Honorable Delegates, I am repeating it more forcefully than ever this year because the external climate has changed. Past indulgence towards well-meaning if somewhat romantic health administrators has given way to disillusion and suspicion--I would say to outright hostility. I will certainly not pretend that this is entirely due to our internal managerial weaknesses, but they still add too much fat to the fire for my taste. I have seen the writing on the wall for too long. Two years ago I warned the Regional Offices and Committees that if the management of our cooperative activities in countries did not improve, the technical cooperation component of the regular program budget (more than 70%) could well be criticized out of existence, logically leading to the end of our constitutional regional arrangements. And that is exactly why I was in such a hurry to introduce regional program budget policies and to initiate a new kind of financial audit that reveals how your collective resources are being used by Member States--or are not being used--to set up the kind of policies and the kind of programs that you have unanimously adopted in the Governing Bodies of your Organization.

It may be too late. The financial squeeze is on, and the financial squeeze starting in one part of the globe may lead to squeezes in other parts of the world and finally to a financial landslide. The early signs are painfully there, and the less said about them in public the better, I believe.

Honorable Delegates, we call this euphemistically a liquidity crisis, but in reality it is far more than that: it is a confidence crisis. How can we restore that confidence? Certainly not by verbal acrobatics, but by demonstrating that we are capable of practicing what we preach, that we can use our resources efficiently and effectively, and that we will reach our goal of health for all by the year 2000.

I know that a number of countries, and not least in this Region, are demonstrating exactly that. But there are far too few such countries and we need a critical mass of countries to give living evidence beyond

doubt that our strategy is not only viable but is the only reasonable response in a situation of growing problems and diminishing resources. Yes, it is a miraculous strategy, but it is not a supernatural miracle: it is a very down-to-earth one that can be produced by hard work and good sense, as a number of countries have shown. I could be genuinely optimistic, and I believe I could infect others with that optimism, if only I were sure that you are indeed doing your utmost to make the most of what your Organization has to offer. And when I say you, of course I mean all of us. I am by no means exonerating the Secretariat, and least of all myself, from the defect of unnecessary bureaucracy. There is still far too much of that, impeding the speed of action and casting dark shadows on the sincerity of our efforts, so we must keep loosening up that bureaucracy to make way for initiative--the kind of creative initiative I mentioned a few moments ago that thrives in a climate of collective policy and political and fiscal responsibility.

Honorable Delegates, we are on trial, like it or not. We could emerge with flying colors if only we used the tools we have. We have a unique policy and strategy. We have a reasonably sound general program of work; it can help you to build up your health infrastructures that conform to this collective policy and use technology that is really appropriate to your country's situation. We have a program budget that is not just a mere bagatelle but a powerful instrument--if we want to use it as a powerful instrument. And I should add that in recent years serious efforts are being made precisely in this Region, under the very dedicated direction of my friend and colleague, Dr. Carlyle Guerra de Macedo. However, the time lag between words and deeds is still far too great. Yet I shall not beg of you to use my guidance for regional program budget policy, I shall not beg of you to start auditing the use of your collective resources, whether you use them properly--or do not use them properly--to set up sound policies and soundly manage programs that give effect to such policies. It is not for me to beg anymore. Your Organization has set up these tools on your behalf. It is entirely up to you to decide whether to use them and how to use them. That is your political responsibility and I am sure you will display good sense in discharging that political responsibility. If we use our collective resources wisely, come what may, your Organization will not only survive, it will flourish under the momentum of its very powerful collective decisions and the very wise knowledge and experience it has accumulated over the years. But if we continue to use our resources in an ad hoc, short-term expedient manner, well then, these resources will vanish, leaving little behind but the skeleton of a once-thriving Organization.

Well, you may ask, if WHO faded into oblivion would it make much difference? In the last eight days I have been to four Regional Committees, in Africa, South-East Asia, the Western Pacific and Europe, and I can only tell you--and I challenge any of you to go there and find out--that WHO is a vital partner in all these countries' daily health-political lives. So I think it would make a vast difference if WHO disappeared. Some of you here possibly may be deluded into believing

that you would be better off as a purely regional organization. I do not share such delusions. Without the global driving force of WHO in its totality, representing almost the whole of humanity, without that driving force I think you would soon be relegated to the backwoods of health development in the world. But I am not speaking in favor of WHO as an organization. Organizations may not be important, but people, people still are important. The people of this Region more than ever need your continued support and guidance until they attain that long-awaited state of self-reliance in health matters. You are their regional health guardians. As for you, within your WHO each and every one of you is accountable to your collective selves. This is by no means a relinquishment of your individual responsibility: quite apart from your moral responsibility to all the people in the Region, it is you who bear the consequences of your actions within your countries.

Now, I said that within your Organization you are accountable to your collective selves. And outside the Organization I ask you? Outside you are being judged daily by the world surrounding you, which still does not consider action for health as an investment in development but rather as a troublesome consumption of resources that could be better used to boost the economy somewhere else. There is only one way to combat such a hostile environment: it is to demonstrate in practice that by the proper use of your own resources, and of those you share collectively in your WHO, and of the resources from other enlightened external supporters, you can and indeed do forge ahead towards the attainment of the goal of health for all by the year 2000, and through that to the attainment of the other social and economic goals of your people.

Mr. President, Honorable Delegates, the moral value system that inspired the goal of health for all could also inspire other social and economic goals; unfortunately it has not done so as yet. If, thanks in no small measure to your WHO, there has been a relatively high degree of international independence and international solidarity in regard to health, there has been little or no international solidarity regarding other social and economic development sectors. On the contrary, North-South and South-North relationships have degenerated into a dialogue of the deaf, and the deafness, I am sorry to say, affects both sides and all ears. There is a terrible danger that deafness will infiltrate into national health endeavors. You, Honorable Delegates, can help to restore that mutually lost confidence by exemplary action in the field of health.

To succeed you will have to display outstanding leadership, if only to overcome the all too prevalent cynicism and the no less pernicious apathy of our contemporary world. What is more, if you succeed with regard to health, you may even influence the restoration of confidence in all other international social and economic spheres. And if strong leadership is needed to attain the goal that has been so clearly formulated and so universally accepted as health for all, you can imagine the intensity of leadership that is required to make sure that our common health goal does indeed contribute to broader social and economic goals and to a genuine international dialogue to attain these goals. You can exert this leadership if you try hard enough, fortified

by your Organization's common but most uncommon value system and resulting health policy. By exerting that leadership you will fill an all too evident vacuum, not for personal glorification but for the benefit of your people. For in the final analysis you are accountable to them, your people. In the final analysis, your WHO is accountable to all people everywhere in the world.

(Applause)

(Aplausos)

The PRESIDENT AD INTERIM: Distinguished colleagues, I am certain that you will allow me to thank Dr. Mahler for his very stimulating talk. I would like to say to him that we certainly appreciate the inspirational leadership that he is offering to this Organization, and that we appreciate his encouragement to persevere in spite of the many hardships that we face. We know that he is constantly striving to maintain the resources of the World Health Organization, and to use them appropriately to the benefit of the many Regions and the many Member States, despite the restrictions that he experiences. We appreciate his emphasis on the efficient and effective use of the resources available and on the application of the many cost-beneficial and cost-effective strategies that we in the leadership have formulated over many years. We thank you very much Dr. Mahler. You are always welcome in this Region.

ITEM 2.1: APPOINTMENT OF THE COMMITTEE ON CREDENTIALS  
TEMA 2.1: NOMBRAMIENTO DE LA COMISION DE CREDENCIALES

The PRESIDENT AD INTERIM: And now, ladies and gentlemen, we move to the next item of the Agenda, item 2.1, which is the appointment of the Committee on Credentials.

Dr. TEJADA DE RIVERO (Perú): Señor Presidente, interpretando el consenso de los jefes de delegación, me permito proponer como miembros de la Comisión de Credenciales a Cuba, México y Trinidad y Tabago. Gracias.

The PRESIDENT AD INTERIM: The Delegate of Peru has nominated the Delegates of Cuba, Mexico, and Trinidad and Tobago. I hear no other nominations. If there is no objection we can regard Cuba, Mexico, and Trinidad and Tobago as elected.

Decision: The Delegates of Cuba, Mexico and Trinidad and Tobago were elected to the Committee on Credentials.

Decisión: Los Delegados de Cuba, México y Trinidad y Tabago están elegidos al Comité de Credenciales.

Now that we have appointed the Committee on Credentials, let us ask the members to meet immediately so that they can examine the credentials and report to the Conference without delay. The Committee will be assisted by Mr. Carlos García. Ladies and gentlemen, it seems appropriate that we take a coffee break at this point. Thank you all very much.

The session was suspended at 10:15 a.m. and resumed at 11:00 a.m.  
Se suspende la sesión a las 10:15 a.m. y se reanuda a las 11:00 a.m.



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

The PRESIDENT AD INTERIM: We now call the meeting once more to order and I offer the floor to the Rapporteur of the Committee on Credentials, Dr. Quijano of Mexico.

Dr. QUIJANO (México): Señor Presidente, Señor Director de la OSP, Señor Director General de la Organización Mundial de la Salud. La Comisión de Credenciales, constituida en la primera sesión plenaria e integrada por los Delegados de Cuba, México y Trinidad y Tabago, celebró su primera sesión el día 22 de septiembre a las 10:30 a.m. Se eligió Presidente al Sr. Eckstein, de Trinidad y Tabago, y Relator a un servidor, Manuel Quijano, de México. Se examinaron las credenciales presentadas al Director de la Oficina conforme a lo dispuesto en el Artículo 26 del Reglamento Interno de la Conferencia. Fueron encontradas en buena y debida forma las credenciales de los Delegados de los Miembros que se indican a continuación, por lo que la Comisión propone a la Conferencia que reconozca su validez: Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Canadá, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Dominica, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Francia, Granada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Países Bajos, Panamá, Paraguay, Perú, San Cristóbal y Nieves, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela. También se revisaron las credenciales, como Observador Permanente, de España. Debe aclararse que la Delegación de Cuba hizo saber, en nombre de su Gobierno, que presentaba una objeción a las credenciales de la Delegación de Granada, pero los Delegados de Trinidad y Tabago y México las aceptaron. El Delegado de Cuba planteó que se debía hacer mención de esta objeción en el informe de la Comisión de Credenciales. No obstante, la Comisión acordó aceptar la validez de la credencial y recomendar a la Conferencia que la acepte también. Faltaron exclusivamente dos países por presentar credenciales, que fueron la República Dominicana y el Reino Unido. La Comisión se reunirá nuevamente para examinar otras credenciales que se reciban.

The PRESIDENT AD INTERIM: Ladies and gentlemen, you have heard the report read by the Rapporteur of the Committee on Credentials. Are there any comments? Are there any objections? If there are no objections, then we declare the report of the Committee approved.

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

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

ITEM 2.2 ELECTION OF THE PRESIDENT, TWO VICE PRESIDENTS AND THE  
RAPPORTEUR

## TEMA 2.2 ELECCION DEL PRESIDENTE, DOS VICEPRESIDENTES Y EL RELATOR

The PRESIDENT AD INTERIM: This takes us then to the next item, item 2.2, which is the election of the President and two Vice Presidents and the Rapporteur. I will now ask the Secretary of the Conference to inform the Conference on the statutory provisions.

The SECRETARY: Under Rule 18 of the Conference, "The Conference shall elect a President, two Vice Presidents, and a Rapporteur who shall hold office until their successors are elected." Rule 50 of the Conference states that "Elections shall normally be held by secret ballot. Except as concerns the election of members of the Executive Committee and of the Director of the Bureau, when the number of candidates for elective office does not exceed the number of offices to be filled, no ballot shall be required and such candidates shall be declared elected. Where ballots are required, two tellers shall be appointed by the President from among the delegations present."

The PRESIDENT AD INTERIM: The floor is now open for nominations to the office of President.

Dr. SANTOS (Brasil): Senhor Presidente, o Brasil indica para presidente da XXII Conferência Sanitária Pan Americana, Sua Excelência o Ministro de Saúde do Canadá, Senhor Jake Epp. Esta indicação justifica o critério de ordem geográfica, além da significação do país que Sua Excelência representa no conceito das nações que integram este órgão somasse as qualidades pessoais do Ministro indicado. Entendo que nas últimas reuniões deste corpo que orienta a atuação da Organização Pan Americana da Saúde estiveram na presidência os representantes de países da América do Sul, da América Central e do Caribe, e que seja a oportunidade para o representante de um país da parte norte do Continente. Em resumo, portanto, o Brasil indica Sua Excelência o Ministro Jake Epp, do Canadá, para presidente desta Conferência. Muito obrigado.

The PRESIDENT AD INTERIM: I see no other nominations being indicated, so we accept the nomination of the Delegate of Brazil, who has proposed a candidate, the Minister of National Health and Welfare of Canada, Mr. Jake Epp. There being no other nominations, we now declare Mr. Jake Epp elected to the position of President.

Decision: Mr. Jake Epp (Canada) was elected President of the Conference by acclamation.

Decisión: El Sr. Jake Epp (Canadá) es elegido Presidente de la Conferencia por aclamación.

Mr. Jake Epp took the Chair.

El Sr. Jake Epp pasa a ocupar la Presidencia.

The PRESIDENT: Distinguished Delegates, Dr. Macedo, Dr. Mahler, ladies and gentlemen. Just a brief note, first of all, of thanks to the distinguished Delegate of Brazil for the nomination and the honor that is given, not to me so much as to Canada, the country that I represent. I also want to thank you all for the confidence you have placed in me. It is my desire to discharge my duties in the hope and with the purpose that this Conference will meet the objectives of the Region, which tie in with the objectives we all agreed to earlier, at the World Health Organization, as Dr. Malher has again brought to our attention so forcefully today. Our purpose is service to our peoples and that health for all may be not only a dream, but a fact--a purpose for which we work and an achievement for which we all strive.

I would now like to proceed to the election of the Vice Presidents. There are two to be elected, and I ask the Secretary to read the rules which will govern our actions.

The SECRETARY: Mr. President, the rules for the governance of this election are contained in Rules 18 and 50 of the Conference. They are the rules that I read for the election of the President and we can use the same procedures.

The PRESIDENT: The floor is open for the nomination of the Vice Presidents. The Chair recognizes the Delegate of Chile.

Dr. SCHUSTER (Chile): Señor Presidente, la Delegación de Chile desea proponer para la Vicepresidencia de la XXII Conferencia Sanitaria Panamericana a los Delegados y a los países de Guatemala y de Barbados.

The PRESIDENT: Are there any further nominations for the two positions of Vice President? There being no further nominations, I would like, on your behalf, to declare Dr. Carlos Armando Soto Gómez of Guatemala and Dr. Keith Simmons of Barbados duly elected as our Vice Presidents.

Decision: Dr. Carlos Armando Soto Gómez (Guatemala) and Dr. Keith Simmons (Barbados) were elected Vice Presidents of the Conference by acclamation.

Decisión: El Dr. Carlos Armando Soto Gómez (Guatemala) y el Dr. Keith Simmons (Barbados) son elegidos Vice Presidentes de la Conferencia por aclamación.

The PRESIDENT: The election of the Rapporteur is to be governed by the provisions of the Rules of Procedure of the Conference referred to earlier. I will now ask for nominations for the position of Rapporteur. The Chair recognizes the distinguished Delegate of Panama.

DR. REYES-VARGAS (Panamá): Señor Presidente, para someter a la consideración de los señores miembros de la Conferencia, el nombre de la República de Venezuela para el cargo de Relator. Muchas gracias.

The PRESIDENT: Thank you. Are there any further nominations? The distinguished Delegate of Venezuela.

Dr. PADILLA LEPAGE (Venezuela): Gracias, Señor Presidente. La Delegación de Venezuela agradece la postulación del Delegado de Panamá pero, lamentablemente, por razones de salud de uno de los integrantes de su Delegación, declina la posición de Relator de esta Conferencia. En su lugar nos permitimos proponer la candidatura de la República del Uruguay como Relator de la XXII Conferencia Sanitaria Panamericana.

The PRESIDENT: Thank you. Are there any further nominations? The Chair recognizes the Delegate of Chile.

Dr. SCHUSTER (Chile): Deseo ratificar y apoyar la presentación del Uruguay como Relator de la XXII Conferencia Sanitaria Panamericana.

The PRESIDENT: There being no further nominations, I declare Dr. Carlos Migues Barón of Uruguay elected as your Rapporteur.

Decision: Dr. Carlos Migues Barón was elected Rapporteur of the Conference by acclamation.

Decisión: El Dr. Carlos Migues Barón es elegido Relator de la Conferencia por aclamación.

The PRESIDENT: I am sure it is also appropriate to make mention of the comments of the Delegation of Venezuela. On behalf of the entire Conference, we wish you well, as we do the Delegate whom you mentioned.

ITEM 2.3: ESTABLISHMENT OF A WORKING PARTY TO STUDY THE APPLICATION OF ARTICLE 6.B OF THE CONSTITUTION

TEMA 2.3: ESTABLECIMIENTO DE UN GRUPO DE TRABAJO ENCARGADO DE ESTUDIAR LA APLICACION DEL ARTICULO 6.B DE LA CONSTITUCION

The PRESIDENT: Next in our order of business is an issue that is important to all of us, and that has been discussed at previous Pan American Sanitary Conferences as well as informally today, and that is the establishment of a working group to study the application of Article 6.B of the PAHO Constitution. I will now open the floor for nominations to fill the three positions needed to study the application of Article 6.B. The Chair recognizes the Delegate of Argentina.

Dr. STORANI (Argentina): Propongo para constituir este grupo de trabajo a las Delegaciones de Bahamas, Chile y el Canadá.

The PRESIDENT: Thank you. Are there any further nominations? There being none, I would like to propose that the Delegates appointed to study Article 6.3 be the Bahamas, Chile, and Canada.

It was so agreed.

Así se acuerda.

**THE PRESIDENT:** The Secretary seeks the floor for an announcement.

The **SECRETARY:** Thank you very much, Mr. President. I would like to ask the delegates, as you address the Conference, to identify yourself and the country that you represent for the record. Concerning the use of our microphone system, it is a little peculiar but it does work. If you press the button just once, you are recorded on the screen up here as seeking the floor, and will be recognized in order by the President. If you press it a second time, your name disappears from the computer, and when you press it a third time it appears but at the bottom of the list. So press it just once until you are recognized to speak.

The **PRESIDENT:** Thank you, Mr. Secretary. I too was just trying to get used to all this new technology.

I would also like to request the Working Party on Article 6.B to meet immediately so that they can be in a position to submit their report to the plenary session this afternoon. The Working Party will be assisted by Mr. McMoil, Chief of Budget and Finance, and will meet in room 1007.

**ITEM 2.4: ESTABLISHMENT OF THE GENERAL COMMITTEE**  
**TEMA 2.4: ESTABLECIMIENTO DE LA COMISION GENERAL**

The **PRESIDENT:** The next item is the establishment of the General Committee, and I have asked the Secretary to report in regard to the statutory provisions on the item.

The **SECRETARY:** The two rules that are applicable to the General Committee are Rules 27 and 28. Under Rule 27, "The Conference shall establish a General Committee consisting of the President of the Conference, the two Vice Presidents, the Rapporteur, the Chairmen of such main committees as shall be established, and one delegate of a Government elected by the Conference from among those Governments not already represented on the General Committee. The President of the Conference shall serve as Chairman of the General Committee." Under Rule 28, the General Committee is to "decide the time and place of all plenary sessions and of all sessions of committees; determine the order of the day for each plenary session; propose to the Conference the allocation to committees of items on the agenda; coordinate the work of all committees; fix the date of adjournment; otherwise facilitate the orderly dispatch of the business of the meeting."

The **PRESIDENT:** As has been mentioned, the Committee consists of the President, the two Vice Presidents, and the Rapporteur. We are now opening the floor for one nomination to the position of Delegate to serve on the General Committee. The Chair recognizes the Delegate of Guyana.

Dr. **VAN WEST-CHARLES** (Guyana): The Delegation of Guyana would like to nominate the United States of America to serve on the General Committee, in accordance with Rule 27.

The PRESIDENT: There being no further nominations, on your behalf I would like to declare the United States of America elected to serve on the General Committee.

Decision: Mr. Neil Boyer (United States of America) was elected to the General Committee.

Decisión: El Sr. Neil Boyer (Estados Unidos de América) es elegido miembro de la Comisión General.

ITEM 2.5: ADOPTION OF THE AGENDA

TEMA 2.5: ADOPCION DEL PROGRAMA DE TEMAS

The PRESIDENT: I would like to move on to the adoption of the agenda. I direct your attention to Document CSP22/1, Rev. 1, and would ask the Secretary to present the item.

The SECRETARY: The rule for the Conference that governs the provisional agenda is Rule 7, which states that "The provisional agenda shall include any item the inclusion of which has been ordered by the Conference at a preceding meeting; any item the inclusion of which has been ordered by the Council at a preceding meeting; any item proposed by the Governments, or by organizations entitled to propose agenda items; any item which the Executive Committee wishes to submit; any item which the Director of the Bureau wishes to submit." The provisional agenda forwarded to you was submitted to the Executive Committee and is being proposed to you this morning.

The PRESIDENT: Thank you Mr. Secretary. Any comments on the agenda as circulated?

Dr. TEJADA DE RIVERO (Perú): Señor Presidente, tengo entendido que los puntos que están en la agenda provisional van a ser discutidos cronológicamente de acuerdo con el orden en que estén colocados aquí; si esto fuese así, tengo una duda, y es sobre el punto 8, los asuntos de información general, donde hay dos elementos muy importantes: el 8.1, que son las resoluciones de la 39a Asamblea Mundial de la Salud de interés para el Comité Regional, y el 8.2; si vamos a discutir problemas de política y de programas, creo que tendríamos que tomar en cuenta anticipadamente esas resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud, y no entiendo cómo puede ser al revés. Gracias.

The PRESIDENT: I think it is in order to inform you, as well as other delegations, that the provisional agenda and the order of the day will be discussed by the General Committee, who will report back. There being no further comments I declare the agenda approved as presented.

Decision: The agenda was adopted.

Decisión: Se aprueba el programa de temas.

There are still a number of announcements that have to be made, and I will ask the Secretary to make them at this time.

The SECRETARY: I would like to inform the members of the General Committee that we shall be meeting immediately after this plenary session in Conference Room B, and to remind the members of the Working Party on Article 6.B of the meeting in Room 1007 immediately after this plenary session.

The PRESIDENT: The next session of the plenary is scheduled for 2:30 this afternoon. There being no further business this morning, I declare this session adjourned.

The session rose at 11:30 a.m.  
Se levanta la sesión a las 11:30 a.m.

SECOND PLENARY SESSION  
SEGUNDA SESION PLENARIA

Monday, 22 September 1986, at 2:30 p.m.  
Lunes, 22 de septiembre de 1986, a las 2:30 p.m.

President:  
Presidente:

Mr. Jake Epp

Canada

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

The PRESIDENT: The first order of business is the report of the General Committee. The Committee met during the lunch hour and addressed a number of issues, which we would like to present for your consideration, for the conduct of our business this week, and I would like to ask the Secretary to present the report.

The SECRETARY: This is the first report of the General Committee, which met at 11:45 a.m. on Monday, 22 September 1986. Present were the President, the two Vice Presidents and the Rapporteur of the Conference, the Delegate of the United States of America, and the Director and Deputy Director of the Bureau. As a result of its deliberations, the General Committee reached the following decisions: 1) The working hours of the Conference will be 9:00 a.m. to 12:30 p.m. and 2:30 p.m. to 6:00 p.m., with coffee breaks at 10:30 a.m. and 4:00 p.m.; 2) The consideration of all agenda items will take place at plenary sessions only.

The Committee also established the following order for the discussion of the agenda: this afternoon's plenary session will begin with the Report of the General Committee, to be followed by items 6.1 (Report on the Collection of Quota Contributions); Application of Article 6.B of the Constitution (Report of the Working Group); item 3.1 (Annual Report of the Chairman of the Executive Committee); item 3.2 (Annual Report for 1985 and Quadrennial Report for 1982 through 1985 of the Director of the Pan American Sanitary Bureau), and 3.3 (Report of the Member Governments of the Organization on Public Health Conditions and Progress Achieved in the Interval between the XXI and XXII Pan American Sanitary Conferences).

On Tuesday morning, 23 September, the plenary session will resume consideration of item 3.3, and immediately following the coffee break it will take up items 3.4 (Election of the Director of the Pan American Sanitary Bureau and Nomination of the Regional Director of the World Health Organization for the Americas), 7.2 (Requirements, Procedures and Privileges for States Requesting and Obtaining Observer Status in the Pan American Health Organization), and 7.3 (Request of Portugal for Observer Status in the Pan American Health Organization).



On Tuesday afternoon, the Conference will continue its consideration of item 3.3, and on Wednesday morning, 24 September, the session will start with item 8.1 (Resolutions of the Thirty-ninth World Health Assembly of Interest to the Regional Committee), and go on to item 5.1 (Orientation and Program Priorities for PAHO during the Quadrennium 1987-1990). A brief ceremony organized for the signature of a joint PAHO-OAS agreement will take place at 10:15 a.m. in conference room "A." Item 2.6 (Selection of One Member Government Entitled to Designate a Person to Serve on the Joint Coordinating Board of the UNDP/World Bank/WHO Special Program on Research and Training in Tropical Diseases); item 2.7 (Selection of Three Members to the Policy and Coordination Advisory Committee of the Special Program of Research and Development in Research Training in Human Reproduction); and item 3.5 (Election of Three Member Governments to the Executive Committee on the Termination of the Periods of Office of Canada, Costa Rica, and Dominica) will also be considered during the morning.

On Wednesday afternoon the Conference will consider items 6.2 (Financial Report of the Director and Report of the External Auditor for the Biennium 1984-1985), 5.2 (Consideration of the Provisional Draft of the Program Budget Proposal of the World Health Organization for the Region of the Americas for the Biennium 1988-1989), and 5.3 (Contribution of the Region of the Americas to the Eighth General Program of Work of WHO for the Period 1990-1995).

On Thursday, 25 September, there will be a meeting of heads of delegation in room "B" at 8:00 a.m., and at 9:00 a.m. the plenary session will consider items 5.4 (Caribbean Cooperation in Health); 5.5 (Andean Subregion Joint Plan of Action); and 5.6 (Women Health and Development: Regional Forward-Looking Strategies). In the afternoon on Thursday, the Conference will consider items 5.7 (Progress Made in the Use of TCDC/ECDC by Member Governments and the Organization); item 5.8 (Expanded Program on Immunization in the Americas); and 5.9 (International Program on Chemical Safety). At 4:00 p.m. the Abraham Horwitz Award for Inter-American Health (item 8.3) will be presented.

On Friday morning, 26 September, the Conference will consider item 5.10 (International Drinking Water Supply and Sanitation Decade: Regional Progress); item 5.11 (PAHO Plan of Action for Food Safety); item 4.1 (Report of the Award Committee of the PAHO Award for Administration, 1986); and item 4.2 (Report of the Advisory Committee on Health Research). On Friday afternoon, it will take up items 7.1 (Relations with Nongovernmental Organizations at the Regional and National Levels); 6.3 (Hiring Under Local Conditions of Employment for the Mobilization of National Resources); 8.2 (Provisional Agenda of the Seventy-ninth Session of the Executive Board of WHO: Items of Interest to the Regional Committee); and item 9 (Other Matters).

On Saturday morning, 27 September 1986, the Conference will continue its consideration of item 9. It is intended to close the Conference at 12:00 noon with the signature of the final report.

The election of the Director (item 3.4 of the agenda) will be carried out in accordance with the procedures indicated in Document WP/1.

With regard to the election of members to the Policy and Coordination Advisory Committee of the Special Program of Research, Development and Research Training in Human Reproduction (item 2.7 of the agenda), the General Committee decided to elect only two countries, one of them to cover the period from now to December 1989 and the other, the period from now through December 1988. In the event of a vote being taken, the country receiving the highest number of votes would serve from now through December 1989--the longer of the two terms--and the country receiving the second highest number of votes would fill the term from now to December 1988. In case of a tie, the terms would be decided by lot.

The General Committee also decided that items 3.2 and 3.3 would be discussed jointly. Following the recommendations of the XXIX Meeting of the Directing Council, the General Committee established that the reports of Member Governments on health conditions and the progress made between the two Conferences should not exceed six typewritten pages, double-space, for purposes of including them in extenso in the verbatim records of the session. It further determined that Delegations wishing to take the floor should do so for no more than 10 minutes and that they should register in advance with the officers of the Conference. A "traffic light" will be set up; it gives the green light for seven minutes, then turns yellow to indicate that the last three minutes are being used; the red light will come on when the allotted 10 minutes has expired. The General Committee will meet again on Wednesday, 25 September, at 12:30 p.m.

The PRESIDENT: There being no comments or discussion, I take it that the Assembly has adopted the Committee's report.

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

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

ITEM 6.1: REPORT ON THE COLLECTION OF QUOTA CONTRIBUTIONS

TEMA 6.1: INFORME SOBRE LA RECAUDACION DE LAS CUOTAS

Report of the Working Party on the Study of the Application of Article 6.B of the PAHO Constitution

Informe del Grupo de Trabajo encargado de estudiar la aplicación del Artículo 6.B de la Constitución de la OPS

The PRESIDENT: I would now like to ask the Chairman of the Executive Committee to report on the subject.

Dr. GAY (Chairman of the Executive Committee): In his presentation of the detailed report on the subject, Mr. McMoil noted that the collection of both arrearages and current-year assessments totaled \$15,210,188.00, or about 27% of the current year's assessed level of contributions, as compared with 40% in 1985. This decline in collections reduces the Organization's ability to earn investment income.

Regarding the application of Article 6.B of the Constitution to the Member Governments in arrears in the payment of their contributions, he noted that the three Member Countries allowed to pay their arrearages under a deferred payment plan (Dominican Republic, Paraguay and Haiti) had not fully met their payment plan commitments. Nicaragua has become one of the countries in arrears for more than two full years of assessed contributions. However, the Government of Nicaragua had advised that it intended to make one partial payment in July 1986 and another in November 1986. During the discussion there was reference to the need either really to apply Article 6.B of the Constitution and withdraw the voting privileges of countries in arrears, or to eliminate the Article because commitments negotiated for plans of deferred payment of arrearages had not been met. The view that prevailed, however, was that the provisions should be retained and that every effort should be made to enable the countries to meet their commitments, even to the point of providing arrangements for making foreign exchange available and negotiating with the political and financial decision-making levels on behalf of the health ministries. The application of Article 6.B should be a truly exceptional recourse, but it should be available for consideration.

The Director underscored the fact that Argentina had paid all of its arrearages and was now completely up to date in its obligations despite its acute economic crisis. He also noted that the countries in arrears truly wanted to pay their contributions and expected that they would make new payments before the XXII Pan American Sanitary Conference.

Finally, the Executive Committee approved Resolution IV which, among other things, requested the Member Governments with substantial arrearages to make the payments necessary to obviate application of the voting restrictions contained in Article 6.B of the Constitution before the Pan American Sanitary Conference takes place. It further recommended to the XXII Conference that the provisions of Article 6.B be strictly applied to Member Governments which, by the opening of that Meeting, had not made additional and substantial payments toward their assessed quotas or their deferred payment commitments.

The PRESIDENT: Thank you, Dr. Gay, for your work and for the leadership you provided.

Mr. McMOIL (PASB): I would like to introduce Document CSP22/16, Report on the Collection of Quota Contributions. The most recent data on assessments and payments are found in Document CSP22/16, ADD. I. Annex I shows that on 1 January 1986 total arrears of contributions due for years prior to 1986 amounted to \$15,921,395. Payments on these arrears

received from 1 January to 17 September 1986 amount to \$11,407,848, reducing such arrears as of 17 September to \$4,513,547, and I am pleased to report that since 17 September additional payments totaling \$84,479 have been received, of which Nicaragua has paid \$36,320, Costa Rica \$6,114 and El Salvador \$42,045, further reducing total arrears for assessments for years prior to 1986 to \$4,429,068. The corresponding amount of arrears at this time last year was some \$8,567,256. The Secretariat is very pleased to note this improvement in the payment status of prior years' assessments.

Contributions collected in respect of 1986 assessments amounted to \$33,408,581 as of 17 September 1986. I am also pleased to report that additional contributions toward 1986 assessments totaling \$385,087 have been received. Of that sum, \$370,334 was received from Chile, \$4,838 from Costa Rica and \$9,915 from Antigua and Barbuda. These collections represent 60% of current year assessments. The corresponding percentage of collection in 1985 at this time was 62%. Although the payment of assessments has improved during the past three months, earlier payment delays have had a noticeable effect on the Organization's ability to earn income through the investment of available funds. Together the collection of arrears and current year assessments total \$45,285,994 and comprise 81% of the current year's assessed level of contributions. All payments received by 17 September 1986 from Member Countries and the application of these payments are shown in Annex I of Document CSP22/16, ADD. I.

I will now provide the Pan American Sanitary Conference with an introductory report on members in arrears in the payments of their contributions to the extent that they are subject to the provisions of Article 6.B of the Constitution. Article 6.B of the Constitution provides that 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.

As of the opening of the 97th Meeting of the Executive Committee in June 1986, there were four Member Governments: Haiti, Dominican Republic, Paraguay, and Nicaragua, subject to the provisions of Article 6.B. Three of these Member Governments were subject to the terms and conditions of approved deferred payment plans. Haiti had entered into a deferred payment plan some 20 years ago, and this plan required full payment of all arrearages by the end of 1986. Although some payment progress has been made, the full payment of this commitment is still incomplete.

The Governments of the Dominican Republic and Paraguay both presented new acceptable deferred payment plans at the XXXI Meeting of the Directing Council in 1985. Payment plans proposed by the Dominican

Republic and accepted by the Organization consisted of a commitment to pay \$90,000 in 1985 toward arrearages and, beginning in 1986, \$70,000 each year for five years, plus their regular assessed contributions. The payment plan proposed by Paraguay consisted of a commitment to pay \$138,068.23 in 1985, which represented amounts due for 1980, 1981 and 1982, and beginning in 1986, to pay \$48,477.80 each year for five years, plus the regular assessed contributions. Both of these plans would completely liquidate all quota arrearages by the year 1990.

As of the opening of this Meeting of the Sanitary Conference, these Member Governments had not fully complied with their payment plan commitments. The Dominican Republic paid \$25,000 in 1985 and has paid nothing to date in 1986 toward the commitment to pay \$90,000 in 1985 and \$70,000 in 1986 for arrearages, as well as the regular assessed contribution of \$91,531.50 for 1986. Paraguay paid \$30,000 in 1985 and \$108,068.22 to date in 1986 toward a commitment to pay \$186,546.02 in 1985 and 1986 for arrearages as well as the regular assessed contribution of \$91,531.50 for 1986. However, prior to the opening of the Conference, the Government of Paraguay presented a formal proposal to the Secretariat to modify its approved deferred payment plan to incorporate the following new payment commitments: the Government proposed to pay an additional \$73,819, representing the amount due for 1983, prior to the end of 1986; beginning in 1987, the Government would pay \$52,020.30 per year for five years to liquidate quota amounts due for 1984, 1985 and 1986, as well as to pay the regular assessed contribution. The Article 6.B Working Party has reviewed this proposal and will make its recommendations to the Conference.

At this time Nicaragua is not subject to the application of Article 6.B as arrearages in prior quota assessments do not exceed payments due for two full years.

The PRESIDENT: Thank you, Mr. McMoil. A Working Party with members from the Bahamas, Chile and Canada was established to study the application of Article 6.B of the Constitution and I would like to ask Dr. José Borgeño, Chairman of that Working Party, to make his report.

Dr. BORGÑO (Presidente, Grupo de Trabajo encargado de estudiar la aplicación del Artículo 6.B de la Constitución de la OPS): Les pido disculpas porque voy a leer el informe en inglés que, aunque no es idioma oficial de mi país, sí lo es de la Organización. No hemos tenido tiempo de hacer una buena traducción al español y por lo tanto preferimos presentar el informe en inglés, lengua en que se ha redactado la forma definitiva del primer borrador.

The Working Party appointed to study the application of Article 6.B of the PAHO Constitution, consisting of the Bahamas, Canada, and Chile, 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 has noted the improved payment status of prior years' quota contributions of Member Governments of the Organization, but notes with concern the increased number of countries who have not made significant payments toward their 1986 assessments.

Three Governments were found to be more than two years in arrears on payments. All three have adopted deferred payment plans but have failed to meet their obligations under these plans (two of which became effective in 1985 and one which dates back to 1967). These countries are Haiti, Paraguay and the Dominican Republic.

In relation to Haiti, the Working Party noted that the Government was making payments toward its prior years' quota assessments, but that it had not been able to complete all payments toward its previous commitments. The Working Party believes that these payment efforts meet the intentions of the Organization and previous meetings of the Governing Bodies, and, accordingly, it recommends that the Pan American Sanitary Conference adopt a resolution permitting Haiti to vote at its current session.

In 1985 the Government of Paraguay presented a new deferred payment proposal to the XXXI Meeting of the Directing Council. This plan consisted of a commitment to pay \$138,068.23 in 1985, which represented amounts due for 1980, 1981 and 1982, and beginning in 1986, \$48,477.80 each year for five years plus its regular assessed contribution. This plan, which was accepted by the Council and the Secretariat, would completely liquidate all quota arrearages by 1990. Paraguay paid \$30,000 in 1985 and \$108,068.22 to date in 1986 towards a commitment to pay \$186,546.02 during 1985 and 1986 as well as its regular assessed contribution for 1986 of \$91,531.50.

As of the opening of this XXII Pan American Sanitary Conference, the Government of Paraguay has presented a revised deferred payment proposal under which it would pay an additional \$73,819 in 1986, representing the amount due for 1983, and beginning in 1987 the Government would pay \$52,020.30 per year for five years to liquidate quota amounts due for 1984, 1985 and 1986 as well as pay its regular assessed contributions. In view of the payment progress made to date by the Government of Paraguay, the Working Party recommends that this revised deferred payment plan be accepted, and further recommends that the Government of Paraguay be permitted to vote at this session of the Pan American Sanitary Conference.

In 1985 the Government of the Dominican Republic presented a new deferred payment proposal to the XXXI Meeting of the Directing Council. This plan consisted of a commitment to pay \$90,000 in 1985 towards arrearages and, beginning in 1986, \$70,000 each year for five years in addition to its regular assessed quota contributions. This plan, which was accepted by the Council and the Secretariat, would completely liquidate all quota arrearages by 1990. The Dominican Republic paid \$25,000 in 1985 and has paid nothing to date in 1986 under this plan.

The Working Party was informed that as of the opening of this Conference the Secretariat had not received any formal communication from the Government of the Dominican Republic reaffirming its intent to meet the payment commitments presented to and accepted by the XXXI Meeting of the Directing Council. The Working Party was in consensus that Article 6.B should be applied in this situation. However, noting the provisions of Article 6.A, which states that each Government officially represented at the Conference shall have the right to one vote, and recognizing that at this time there is not an officially accredited Delegation from the Dominican Republic at this Conference, the Working Party is in agreement that Article 6.B cannot be constitutionally applied. However, should an accredited Delegation from the Dominican Republic be present at any time during the Conference, the Working Party intends to reconvene to further consider the application of Article 6.B.

In view of the adverse impact of arrears in quota contributions on the conduct of the programs of the Organization, the Working Party further recommends to the Pan American Sanitary Conference that, in future, Article 6.B be rigorously applied.

In conclusion, the Working Party requests the Sanitary Conference to appoint its members (i.e., the Bahamas, Canada and Chile) to a working group under the chairmanship of the Rapporteur to draft a resolution on the status of quota contributions and the application of Article 6.B of the Constitution for the consideration of the Pan American Sanitary Conference.

Esta resolución estará a disposición de la Conferencia inmediatamente después de la pausa del café para que se pueda someter a votación esta tarde, ya que mañana habrá elecciones. Muchas gracias.

The PRESIDENT: As has been mentioned by Dr. Borgoffo, the Working Party has not come forward with a resolution. Since there appears to be no Delegation that wants to speak on the report, I would recommend to the Conference that we receive the report with thanks and that the matter be formally concluded after a proposed resolution submitted by the Working Party is voted upon in plenary session.

ITEM 3.1: ANNUAL REPORT OF THE CHAIRMAN OF THE EXECUTIVE COMMITTEE  
TEMA 3.1: INFORME ANUAL DEL PRESIDENTE DEL COMITE EJECUTIVO

Dr. GAY (Chairman of the Executive Committee): Article 4 of the Constitution of the Pan American Health Organization enumerates the functions of the Conference and states that it shall be the supreme governing authority of the Organization. In paragraph F, it states that the Conference shall review, among other reports, that of the Executive Committee for the immediately preceding year. As Chairman of the Executive Committee, therefore, it falls to me to report to the XXII Pan American Sanitary Conference on the work done by the Executive Committee in the last 12 months, during which period it held its 96th and 97th Meetings.

The Annual Report of the Chairman of the Executive Committee which is submitted for your consideration is contained in Document CSP22/5. I will not go over all the items considered by the Executive Committee, but rather wait until they come up individually as part of the Conference agenda. I will be helped in this task during the course of the Conference by Dr. Edgar Mohs Villalta, Health Minister of Costa Rica, who was appointed by the Committee to join me in representing it before this Pan American Sanitary Conference.

I would like to highlight briefly some items considered by the Executive Committee but which do not form part of the agenda of the Conference. First, the Subcommittee on Planning and Programming: The Executive Committee heard an account of the Subcommittee's most recent meetings presented by the Rapporteur of the Subcommittee. Discussion of this item did not require adoption of a resolution by the Executive Committee, but it did provide an opportunity for a general review of the policy and working methods of the Governing Bodies. Some of the agenda items considered by the Subcommittee were subsequently taken up by the Executive Committee. They included a discussion of the impact of the economic crisis on health and health care in Latin America and the Caribbean, a study on the role of the Governing Bodies of PAHO, and a discussion of evaluation strategy development within the Organization. With regard to the economic crisis, the Subcommittee on Planning and Programming emphasized the adjustment of national economies to the current crisis and the impact of that adjustment on health; the importance of reporting in other international forums on the consequences of the economic crisis for health; and the need to use the situation to solve structural problems, rationalizing the use of resources and increasing the efficiency of the delivery of services.

It was concluded from the study of the functions of the Governing Bodies that only a few resolutions deal with the policies to be pursued by the Pan American Health Organization and, of those that do, many do not provide the means for their implementation. It was accordingly recommended to the Subcommittee that the subjects to be placed on the agendas of meetings and the form and content of their resolutions be chosen with great care.

The Director also reported on these matters and told of the in-depth studies going forward in three countries, negotiations with the Inter-American Development Bank for a study of the effects of the economic crisis, and of the Organization's cooperation with UNICEF, UNDP and other agencies. He also expressed the wish that only items be placed on the agenda that truly merit consideration by the Governing Bodies, and commented on the need for a sincere evaluation of the use of resources.

The Executive Committee approved with no substantial change the two resolutions presented in the report of the Subcommittee on Inter-American Nongovernmental Organizations. The first (Resolution XI), continues the Organization's relations with the Latin American Association of Pharmaceutical Industries, the Latin American Federation of



Hospitals, the Latin American Federation of the Pharmaceutical Industry, the Pan American Federation of Faculties (Schools) of Medicine, and the Latin American and Caribbean Association of Public Health Education, and suspends for three years its relations with the Inter-American Council of Psychiatric Associations. In the second resolution (Resolution XII), the Executive Committee authorizes the establishment of official working relations with the Latin American Union Against Sexually-Transmitted Diseases.

The purpose of the proposed amendments to the Staff Rules of the Pan American Sanitary Bureau was to bring a staff rule of the Pan American Health Organization into line with the one adopted by the Executive Board of WHO in January 1986. The staff rule involved was Rule 3.10.4, concerning the calculation of terminal remuneration. The amendment was the consequence of a decision taken by the General Assembly of the United Nations in 1984 to consolidate 20 points of post adjustment into the net base salary of the professional and higher categories as of 1 January 1985. The Executive Committee resolved to confirm the amendment in Resolution X with effect from 1 January 1985.

With regard to the PAHO Building Fund and maintenance and repair of PAHO-owned buildings, the Committee was informed of the measures taken to capitalize the Fund for the expenses relating to the new offices in the building under construction at 2121 Virginia Avenue, N.W., and to major maintenance of and repairs to PAHO-owned buildings. Construction of the new building on the site of the old Governor Shepherd building is quite advanced, and the structure is expected to be ready for occupancy at the beginning of next year. In the discussions that followed, the Committee asked a number of questions on the Administration's request for some \$350,000 for repair of the granite facing on the Headquarters building and for renovation of the computer room which, contrary to previous expectations, would remain in the Headquarters building for reasons of convenience and economy. Explanations were also received on WHO's contributions to these costs. In the end, the Executive Committee adopted Resolution XIX, approving the major maintenance and repair program for 1985 and noting the projects anticipated for 1988-1989, approving a transfer of \$120,000 from the 1984-1985 regular budget to the PAHO Building Fund to meet PAHO's share of the costs of tenant removal from the old Governor Shepherd building, and recommending to the XXII Pan American Sanitary Conference that the \$22,210 surplus of 1984-1985 income over expenditure be approved for allocation to the PAHO Building Fund.

With regard to the elimination of the functions of the Area Offices of the Pan American Sanitary Bureau, the Executive Committee was informed that the Director had continued to negotiate with the Governments of Argentina, Guatemala, Peru and Venezuela on basic agreements and on the status of PAHO-owned buildings in those countries. Negotiations have also continued with Member Governments for contributions toward the operating costs of country offices. The basic agreements with Argentina, Mexico and Peru have already been signed and two of them are awaiting final ratification. The terms of the agreements with Guatemala and

Venezuela are still under review. The Governments of the five former Area Office countries have agreed to contribute to the operating costs of the country offices in their countries. The Executive Committee took note also that the Director continues to stress the importance of the role of PAHO/WHO Representatives in the Organization's strategies and cooperation programs and will continue to evaluate the optimal utilization of multi-country resources in the field.

The PRESIDENT: On behalf of the Conference, Dr. Gay, let me thank you and your Committee members for your work. I will be asking the Rapporteur to prepare a proposed resolution for consideration at a later session. In connection with the next business on our agenda, that is, items 3.2 and 3.3, you will recall that we decided they would be addressed jointly. However, that will be done sequentially in the sense that 3.2 will come first. I would like to call on the Director at this time to make his report.

The meeting was suspended at 4:10 p.m. and resumed at 4:40 p.m.  
Se suspende la reunión a las 4:10 p.m. y se reanuda a las 4:40 p.m.

ITEM 3.2: ANNUAL REPORT, 1985, AND QUADRENNIAL REPORT, 1982-1985, OF THE DIRECTOR OF THE PAN AMERICAN SANITARY BUREAU  
TEMA 3.2: INFORME ANUAL, 1985, E INFORME CUADRIENAL, 1982-1985, DEL DIRECTOR DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

Dr. GUERRA DE MACEDO (Director): Ustedes tienen en sus manos el Documento Oficial 207, que incluye tanto el Informe Cuadrienal del Director que abarca el período de 1982 a 1985, como el Anual, que se refiere a 1985. El formato de este documento ha sido en cierta manera modificado en relación con el del último informe anual presentado al Consejo Directivo, como parte del esfuerzo que se está haciendo por convertirlo cada vez más en un instrumento útil de trabajo para la Secretaría y para la Organización como un todo.

El documento contiene varios capítulos; el primero constituye un análisis global del cuatrienio y de las perspectivas de la salud en la Región así como de los principales problemas o desafíos que tenemos que enfrentar, en opinión de la Secretaría. El capítulo II trata de los Cuerpos Directivos y sobre todo del progreso alcanzado en el empeño de integrar la participación de los Gobiernos Miembros en la vida de la Oficina. El capítulo III contiene un análisis regional de las acciones conjuntas de los gobiernos y de la OPS/OMS durante los últimos cuatro años. El análisis se ha hecho sobre la base de los principales programas, según la clasificación oficial de programas adoptada por la Organización. El capítulo IV presenta un análisis de las actividades que cada país ha realizado con la cooperación de la Organización en el mismo período. Cabe observar que, por razones obvias de espacio, este análisis es muy limitado y, dados las múltiples fuentes de información, puede contener algunos vacíos y quizá pequeñas incorrecciones. En el capítulo V se describe el desarrollo de dos iniciativas especiales de carácter

subregional puestas en marcha en este período por la Organización: el Plan de Necesidades Prioritarias de Salud en Centroamérica y Panamá, y la nueva iniciativa de Cooperación en Salud para la Subregión del Caribe de habla inglesa. En el capítulo VI, se hace mención de las otras actividades de la Secretaría, en particular aquellas dirigidas a dar apoyo general para el desarrollo de los programas de cooperación. En varias partes del documento se han incluido algunos recuadros que se refieren específicamente a ciertas actividades consideradas como ejemplos de proyectos o programas realizados con relativo éxito.

El informe, sin embargo, no es completo por sí solo, sino que se complementa con otros dos documentos que hemos sometido a la consideración de esta Conferencia. El primero, que ha sido distribuido hoy a todos ustedes, se titula Las condiciones de salud en las Américas, 1981-1984. Comprende dos volúmenes y constituye la Publicación Científica No. 500. Esta publicación se prepara cada cuatro años con objeto de reunir toda la información disponible sobre los problemas y las condiciones de salud de los países de la Región como un todo. En esta oportunidad se han introducido también algunos cambios en su presentación y contenido. El volumen I es más bien descriptivo, a pesar de que contiene en sus tres capítulos iniciales algunos aspectos analíticos. El primero comienza con una descripción del contexto general, que incluye el análisis económico, social y político, las características demográficas y algunos aspectos importantes relacionados con la mortalidad en los países de la Región en general. En el siguiente capítulo se analizan los datos disponibles sobre el estado de salud de la población de las Américas, de acuerdo con los diversos componentes que la integran y con la clasificación de programas adoptada por la Organización. Por último, en un tercer capítulo de análisis regional, se considera el desarrollo o la situación de la infraestructura de los sistemas de salud. El volumen lleva también un anexo con cuadros estadísticos relativos a la situación de la salud en las Américas.

En el volumen II, se incluye por primera vez un análisis de las condiciones de salud en cada uno de los Países Miembros. Es preciso señalar otra vez que la falta de información o las deficiencias en lo que respecta a nuestra capacidad de recolectar la información disponible y de analizarla adecuadamente puede ser motivo de que hubiera algunos vacíos o imprecisiones.

El tercer documento que completa la visión que se pretendió dar al Informe del Director se discutirá bajo el tema 5.1 del programa de temas. Ese documento (CSP22/6) trata sobre la orientación y las prioridades programáticas para la Organización en el cuatrienio 1987-1990. El conjunto de los tres textos: uno con el diagnóstico de las condiciones de salud en la Región y en los países, otro que da cuenta de las actividades realizadas por los países y la Secretaría en el período cuatrienal que terminó en 1985, y el tercero con la propuesta de políticas para orientar las actividades de la Organización en el próximo cuatrienio, se estima que dan un sentido diferente a este tipo de documentos--más analítico y simultáneamente prospectivo.

Las consideraciones que voy a hacer a continuación se refieren a los dos primeros, ya que el tercer documento será objeto de análisis y discusión por separado.

El cuatrienio de 1982-1985 en la Región de las Américas puede caracterizarse brevemente como un período marcado por una crisis económica, social y política que quizás haya sido la peor que jamás han tenido que enfrentar los países de la Región. Las causas son profundas y sus consecuencias perdurarán en nuestras naciones por mucho más tiempo del que nosotros desearíamos, e influirán indudablemente en las posibilidades y oportunidades para realizar nuestra tarea en el futuro inmediato. Quizás lleguen más allá del año 2000. Pero esta crisis ha abierto también oportunidades de acción, por lo menos potencialmente, en efecto paralelamente a la crisis económica; en nuestros países se ha observado una evolución política extraordinariamente satisfactoria que se expresa en la institucionalización de sistemas democráticos y más participativos en muchos países. Gracias a este aumento de las posibilidades de participación creemos que también se han creado oportunidades para que los asuntos relativos a la salud y, por ende, al bienestar de nuestras poblaciones puedan ser discutidos en un nuevo contexto más participativo y, por lo tanto, más promisorio. La crisis económica ha sido discutida en muchos foros y no quiero repetir aquí datos o información sobre sus manifestaciones puramente económicas. No obstante, se podría sintetizar lo que la crisis significa en el plano económico en tres aspectos: 1) la deuda exterior con todas sus consecuencias e implicaciones; 2) la transferencia como consecuencia de esta deuda de recursos de los países de América Latina y el Caribe al mundo desarrollado, que en estos momentos es de cerca de US\$30,000 millones en términos netos, y que compromete el futuro de nuestras economías, en la medida en que reduce las posibilidades de inversión en la construcción de capacidad productiva, y 3) la reducción de recursos, que significa que hoy día el ingreso per cápita promedio de América Latina y el Caribe es menor que el de 1978 y los presupuestos fiscales se encuentran bajo fuertes limitaciones.

Yo creo, sin embargo, que la importancia de la crisis actual no radica solo en esos problemas de tipo económico, ni siquiera en sus repercusiones de carácter interno, en los problemas de orden fiscal, en las dificultades para el control de precios o de costos, etc. Yo creo que en el fondo de los problemas económicos se encuentra la insuficiencia de los modelos de desarrollo adoptados en los países de América Latina y del Caribe a lo largo de muchas generaciones. Para sustentar esta afirmación, estudios realizados por la CEPALC indican, por ejemplo, que en 1971 en la América Latina y el Caribe cerca de 95 millones de personas vivían en condiciones de extrema pobreza. Para 1980, antes de que se manifestara la crisis económica actual, esa cifra se había acrecentado con otros 40 millones de personas, es decir, que 135 millones de personas vivían en estado de extrema pobreza y esto ocurrió durante un período en el que el crecimiento económico del producto interno bruto de casi todos nuestros países se consideraba como un verdadero milagro económico. Lo que quiero destacar es que, aún en los períodos de crecimiento acelerado

de nuestras economías, aumentaba tanto el nivel de pobreza como el número de personas sin acceso a los beneficios del desarrollo, lo que implica que los modelos de desarrollo no podían, aún en situaciones donde había crecimiento económico, resolver los problemas de inequidad o de desigualdad sino que estos empeoraban. Por eso reitero que debemos ir más allá de las expresiones actuales de la crisis económica; debemos analizar lo que está equivocado en los estilos y modelos de desarrollo que hemos adoptado para nuestros países y nuestras sociedades.

La crisis ha tenido un impacto importante en las posibilidades de desarrollo de los sistemas de salud. Con muy pocas excepciones, la gran mayoría de los países de la Región han reducido los recursos públicos destinados a la prestación de servicios de salud. La información que hemos recibido indica que, por lo general, el gasto en salud total, público y privado, se ha reducido también. Además de los efectos y consecuencias de la crisis económica, 1982-1985 se ha caracterizado por crecientes dificultades para el desarrollo de los sistemas de cooperación internacional y de los mecanismos multilaterales de cooperación. Y cuando digo crecientes dificultades, no me refiero solo a los problemas financieros o presupuestarios, que son importantes y deben tenerse en cuenta. Me refiero a que, detrás de esos problemas, más allá de las dificultades o de las decisiones de los países para contribuir al mantenimiento de las organizaciones de cooperación internacional, hay algo más serio y por lo tanto más permanente: un cambio político e ideológico de la manera en que se percibe la cooperación internacional en el mundo actual. Aparentemente, la buena voluntad y la decisión con que fue creado el sistema de las Naciones Unidas después de la Segunda Guerra Mundial--cuando la humanidad estaba todavía traumatizada por el tremendo crimen que significó la mortandad y la destrucción de la guerra--ha ido cambiando, y hoy día países grandes y pequeños, poderosos y menos poderosos se muestran cada vez más renuentes a delegar un poquito de su soberanía nacional para que los mecanismos de cooperación y de solidaridad multilateral puedan funcionar. Las nuevas manifestaciones de nacionalismo suelen también redundar en expresiones negativas en contra de la solidaridad y del compromiso conjunto por el destino de la humanidad. Y digo que estos cambios son más importantes que los problemas financieros inmediatos que nos afligen, porque los problemas financieros son solo expresión o síntomas de algo mucho más serio. La verdadera amenaza no está en las dificultades financieras del momento, sino en la forma en que los gobiernos y todos nosotros entendemos la obligación, la responsabilidad común por el destino del ser humano en la patria común de la humanidad--la tierra.

La humanidad cuenta hoy con los medios suficientes, tanto en términos de conocimientos tecnológicos como de recursos de todo tipo, para evitar las manifestaciones extremas de la miseria, del hambre y de la injusticia, pero nos falta la voluntad para utilizar esos medios para solucionar los problemas. Estoy consciente de que los sistemas y las organizaciones de cooperación internacional también han contribuido y han dado motivos para el establecimiento de este clima político e ideológico

a que me refiero, en el que las presiones sobre su existencia y su funcionamiento son mayores. No hay duda de que nos hemos burocratizado exageradamente, nuestra eficiencia no es siempre la necesaria y no hemos sabido adaptarnos con la rapidez y la eficacia necesarias a este mundo cambiante y cada vez más complejo. Tenemos que hacer un esfuerzo para evitar estos problemas y recuperar la credibilidad y la confianza que necesitamos para hacer frente a las tendencias ideológicas que se oponen a los sistemas de cooperación multilaterales.

Frente a este telón de fondo, los países de las Américas han reaccionado en formas diferentes, y es lógico que así sea, dadas las diferencias de condiciones y posibilidades de cada uno. Existen en nuestra Región, simultáneamente, países que se encuentran entre los más pobres del globo y países que están entre los más poderosos. Hay países que todavía tienen que hacer frente a los problemas de salud propios de las situaciones de pobreza extrema y hay otros en los que la población ya tiene el privilegio de vivir en un ambiente en que esos problemas han sido erradicados o están bajo control. De acuerdo con todas las reacciones que hemos observado en los Países Miembros de la Organización, sobre todo en lo que se refiere a los de América Latina y el Caribe, no queda duda de que los desafíos que tenemos por delante nos obligan a realizar un esfuerzo extraordinario de cambio que se exprese no solo en declaraciones y documentos, sino que constituya la base de una voluntad, de una decisión y de un compromiso reales.

La disponibilidad de recursos es un grave obstáculo, pero más grave aún que la escasez es la mala utilización de los recursos disponibles. En estimaciones hechas quizás de forma superficial y sin una base científica o de investigación adecuada, estimamos que, solo en relación con la prestación de servicios de salud a las personas, hay en América Latina y el Caribe un desperdicio anual de US\$10.000 millones. Y esto ocurre cuando la deuda social en salud es todavía extraordinariamente alta, cuando todavía tenemos de 130 a 140 millones de habitantes que no tienen acceso permanente a los servicios básicos de salud a que tienen derecho, cuando todavía más de 100 millones padecen de los efectos de la desnutrición, y cuando todos los años ocurren por lo menos 700.000 defunciones por causas que podemos evitar con los recursos de que disponemos.

La respuesta de la OPS ha sido, hasta cierto punto, un reflejo de la situación observada en los países. Durante el período de 1982 a 1985, y sobre todo a partir de 1983, se han hecho esfuerzos por promover un cambio lo más acelerado posible en las formas mediante las cuales la Organización venía operando y trabajando en cooperación con los Países Miembros. No es que consideremos que el cambio se justifica por sí mismo, sino que estimamos que el cambio es necesario en la situación que vivimos, y esta Organización adquirió su prestigio técnico cuando las circunstancias y la situación eran bastante diferentes. Hoy tenemos que lidiar no solo con los problemas específicos de salud que orientaron la acción de la Organización hace 20 años, sino también con el problema de salud en el contexto global del desarrollo. Tenemos que considerar las

dimensiones social y política de la salud, que han sido en cierto modo olvidadas, o por lo menos no tratadas adecuadamente, en el pasado. Hemos hecho un esfuerzo por aumentar la eficiencia y la rapidez de respuesta de la Oficina en sus actividades de cooperación con los países. Hemos tratado, a través de una acción directa con los países y a través del diálogo diario, de restablecer la confianza que, en cierta manera, se iba perdiendo, y así hemos tratado de definir una labor, un proyecto de trabajo realmente común.

El Dr. Mahler se refirió hoy a la necesidad que tienen los países de las Américas y del mundo entero de ver la Organización que los representa colectivamente, no como una fuente adicional de recursos para financiar actividades a veces menores, sino como un socio permanente que adopta los problemas de los países como suyos y que trabaja hombro a hombro, día a día, en la búsqueda y ejecución de las soluciones necesarias. Sí, yo estoy de acuerdo con él en que hemos sido capaces de formular colectivamente objetivos comunes que se expresan, por ejemplo, en esta meta que es a la vez un sistema de valores compartidos, la de salud para todos en el año 2000. Hemos sido capaces de elaborar conjuntamente instrumentos, estrategias y políticas específicas de operación para avanzar hacia la realización de ese objetivo común. Pero nuestras realizaciones se han quedado cortas con respecto a las propuestas que hemos sido capaces de elaborar.

Durante el pasado cuatrienio la Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la OMS para las Américas, desarrolló muchos de los instrumentos que deberían facilitar, y de hecho han facilitado, esta acción conjunta. Hemos unido la visión categórica funcional con la geográfica para abordar los problemas. Hemos encontrado que, en la medida en que nosotros unimos a los países en función de una mayor identificación de sus problemas comunes, ellos pueden identificar de una manera más directa los problemas y posibilidades comunes, y la aplicación de esas estrategias políticas se hace más fácil.

La experiencia vivida con el Plan de Necesidades Prioritarias de Salud en Centroamérica y Panamá, a pesar de todas las dificultades que entraña, reafirma ese concepto. Por eso, siguiendo la experiencia de Centroamérica, estamos promoviendo la elaboración de iniciativas conjuntas para el Caribe y para la subregión Andina y, recientemente, los Ministros de Salud de los países del Cono Sur se reunieron en Montevideo por iniciativa propia para discutir problemas comunes y formular programas de carácter colectivo que puedan desarrollarse en forma solidaria. Hemos logrado identificar, dentro del amplio número de programas que la Organización desarrolla, algunos programas que se prestan especialmente para el estímulo y la movilización de voluntades. Estamos promoviendo, por lo tanto, la utilización de esos programas precisamente para que sirvan de instrumento para movilizar esas voluntades y conducir las hacia el desarrollo de las infraestructuras de salud, que es la base para las soluciones permanentes y efectivas de los problemas que tenemos que enfrentar, por ejemplo el Plan de Acción para

la Erradicación de la Polio y el Programa Ampliado de Inmunización. Hemos estado promoviendo sin descanso el que los países se apoyen mutuamente y desarrollen mecanismos eficaces de cooperación. Estamos procurando estimular a los países para que se den cuenta de que existen recursos internos significativos que pueden ser movilizados y para que busquen la manera de integrar esos recursos, independientemente de su origen institucional, en esa tarea y en ese desafío común en favor de la salud de los pueblos de las Américas en cada país.

A partir de 1985, y respondiendo a las recomendaciones del Director-General de la OMS, además del contacto permanente que pretendemos se mantenga entre nuestras representaciones y nuestros programas regionales con cada uno de los Gobiernos Miembros, hemos empezado a desarrollar actividades conjuntas de evaluación para investigar cómo estamos utilizando no solo los recursos de nuestra Organización sino los recursos que los propios países y otras organizaciones ponen a disposición de nuestros gobiernos. Hemos tratado, desde el principio, de destruir las barreras que separan las organizaciones de cooperación en el campo de la salud, y hemos tenido éxito en ese esfuerzo. Tenemos hoy programas en común con organizaciones hermanas, algunas del sistema de las Naciones Unidas, como el UNICEF, y también con otras organizaciones de cooperación bilateral. Esos programas no son de la OPS o de la OMS para la Región ni pertenecen a ninguna de las organizaciones involucradas: pertenecen a los países y se destinan a atender las necesidades de sus pueblos. Y en esos programas cada una de las organizaciones, superando nuestros celos, nuestras deficiencias y nuestros prejuicios, nos juntamos para trabajar con los nacionales.

En resumen, hemos estado buscando el cambio que necesitamos, no el cambio en la Secretaría sino el cambio en cada país de la Región como un todo. Las dificultades financieras que nos afligen, que nos afectan en este momento, presentan una dificultad, un problema, un obstáculo más para las posibilidades de seguir apoyando y promoviendo estos cambios. Porque los cambios también tienen un costo estábamos tratando, a través del aumento de la eficiencia global de la Organización, de financiarlos con recursos propios y, al mismo tiempo, de obtener otros recursos en apoyo a ese proceso de cambio; eso ahora se vé más difícil. Pero yo me siento optimista porque sé que, aun cuando nosotros fracasamos en expresarla adecuadamente, hay una voluntad colectiva real que nos apoya para seguir adelante y hacer que la meta de salud para todos sea una realidad en esa Región y en el mundo entero.

El futuro inmediato nos pondrá frente a retos tal vez más difíciles que los que hemos enfrentado hasta hoy. Para el año 2000 otros 170 millones de habitantes se agregarán a la población de las Américas, de los cuales 140 millones provendrán de América Latina y el Caribe. Si sumamos a estos 140 millones de habitantes los 130 millones que todavía no tienen acceso a los servicios básicos de salud a que tienen derecho, para hacer "Salud para Todos" una realidad en el año 2000, tendríamos que proveer servicios a 270 millones de habitantes, cuando durante toda nuestra vida y aun antes de ella solo hemos proveído servicios a 250



millones. Además, será una población más vieja, urbana, con necesidades más complejas, apoyadas felizmente por un poder de reivindicación que surge de comunidades y de poblaciones enteras mejor organizadas e informadas, que ejercerán presión para que se satisfagan sus necesidades básicas; son y serán por lo tanto necesidades más costosas y exigentes a satisfacer aun cuando continúe la situación de crisis económica. Las necesidades serán pues mayores, pero los recursos probablemente no habrán aumentado mucho. La alternativa es movilizar más recursos pero, sobre todo, utilizar más eficientemente los que tenemos. Esto solo podrá lograrse acelerando el proceso de cambio que hemos propuesto: cambio en la dimensión política de la salud y cambio en la integración de la salud en el proceso de desarrollo, para que la salud no solo adquiera la importancia relativa que creemos merece sino para que contribuya a la revisión de los modelos de desarrollo en cada uno de nuestros países: cambio en el desarrollo, en la adecuación y en la utilización de la ciencia y de la tecnología, no para asegurar privilegios y fortalecer situaciones indeseables, sino para atender más eficientemente las necesidades de las poblaciones; cambio en la organización de los sistemas, a través de la aplicación de los principios que constituyen la doctrina de salud para todos y de su estrategia fundamental, la atención primaria de salud; la definición de responsabilidades con la salud de poblaciones específicas y mecanismos para que las determinaciones a nivel local sean complementadas por los esfuerzos de organización y apoyo del nivel central; cambios en la gerencia, cambios en la cooperación entre países, y cambios en la Secretaría de nuestra Organización.

Yo estoy seguro de que esta Conferencia marcará un hito verdaderamente importante en nuestra voluntad, en nuestra decisión y en nuestro compromiso de efectuar esos cambios tan necesarios en beneficio de nuestros pueblos y de nuestros semejantes, así como en nuestra capacidad de utilizarlos no solo como mecanismo para la satisfacción de las necesidades básicas esenciales de la vida sino como instrumento que promueva el entendimiento, el diálogo, la solidaridad, el progreso y la paz. Muchas gracias.

(Applause)

(Aplausos)

The PRESIDENT: Thank you, Dr. Macedo, for that overview. Not only was it an overview; it took the course of what you have experienced and what PAHO is confronted with, but it also gives us very clearly some of the objectives that we have to meet over the next period of time. Again, on behalf of the Delegates our sincere thanks. We will continue with item 3.3 after coffee. Before we recess for coffee I would ask the Secretary to read the list of Delegations that have indicated their desire to address item 3.3 as well as the sequencing. We want to make sure that the list is complete as far as we have been notified, as well as to give an opportunity to any other Delegations that might want to indicate to the Secretariat their desire to speak. So, the Secretary, please.

The SECRETARY: The list of Delegations that have indicated that they wish to speak on the subject, in order, is Paraguay, Ecuador, United States of America, Panama, Cuba, Costa Rica, Canada, Nicaragua, Barbados, Chile, El Salvador, Brazil, Guatemala, Mexico and Peru. We will be available here for accepting additional registrations during the break.

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.

ITEM 3.3: REPORTS OF THE MEMBER GOVERNMENTS OF THE ORGANIZATION ON PUBLIC HEALTH CONDITIONS AND PROGRESS ACHIEVED IN THE INTERVAL BETWEEN THE XXI AND XXII PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCES  
TEMA 3.3: INFORMES DE LOS GOBIERNOS MIEMBROS DE LA ORGANIZACION SOBRE LAS CONDICIONES DE SALUD Y LOS ADELANTOS LOGRADOS EN EL INTERVALO TRANSCURRIDO ENTRE LAS XXI Y XXII CONFERENCIAS SANITARIAS PANAMERICANAS

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

Dr. ALDERETE ARIAS (Paraguay): La Delegación de la República del Paraguay ha leído el pormenorizado y exhaustivo Informe Cuadrienal y Anual del Director 1982-1985, en el cual se analizan las actividades más significativas y de mayor impacto realizadas por los Países Miembros, con la colaboración de la Organización Panamericana de la Salud, dentro del marco de las estrategias regionales para el logro del objetivo de salud para todos.

Nuestro Gobierno desea aprovechar esta oportunidad para felicitar muy calurosamente al señor Director y a sus colaboradores por el magnífico informe, así como también agradecer las acciones de cooperación realizadas en beneficio de nuestro país, el cual viene desarrollando con todo éxito crecientes esfuerzos de prestación de servicios y de fortalecimiento institucional y sectorial, como puede apreciarse en el informe que ha sido elevado a consideración de la Organización Panamericana de la Salud y los Países Miembros, del que me permito presentar un resumen sobre los aspectos más sobresalientes.

El Paraguay es una nación libre e independiente, con un gobierno democrático, representativo, elegido por voto directo y universal cada cinco años. Durante la década de 1970 la economía nacional se caracterizó por una etapa de auge, y el producto interno bruto se elevó al 10,7% en 1979 y al 11,4% en 1980. A partir de 1981, la economía nacional fue afectada negativamente por la represión económica mundial y por las abruptas devaluaciones cambiarias de los países vecinos, lo que se agravó con la inundación ocurrida en 1983. La tasa de crecimiento de la economía bajó al 8,5% en 1981 y tuvo un crecimiento negativo de -2% en 1982 y de -3,9% en 1983, iniciándose la recuperación económica en 1984 con un crecimiento del producto interno bruto del 2,9%. Dicha crisis

económica repercutió desfavorablemente en la balanza externa, en la reserva de divisas, en la paridad cambiaria, en los ingresos fiscales, en la asignación de fondos al sector salud, en las inversiones sanitarias --incluyendo paralización de algunas construcciones iniciadas-- en la importación y el abastecimiento de vacunas, medicamentos, equipos y otros insumos críticos, en los costos de los alimentos, en la alimentación de la población y en el estado nutricional de los preescolares.

La situación de salud y su relación con los objetivos, metas y estrategias acordados a nivel nacional: La esperanza de vida al nacer para el quinquenio 1980-1985 fue de 65,1 años y ha sido proyectada para el año 2000 a 68 años pero, con los cambios políticos estratégicos y programáticos formulados para alcanzar la meta de salud para todos, se espera llevarla a por lo menos 70 años para el año 2000, lo que la vuelve compatible con la meta regional.

La tasa de mortalidad infantil descendió de 51,2 por 1.000 en 1982 a 45,9 por 1.000 en 1985, con una reducción acumulativa anual de 3,58%, lo que permitiría esperar una disminución a 26,6 por 1.000 en el año 2000, que es consistente con la meta regional de lograr una mortalidad infantil no mayor de 30 defunciones por 1.000. La tasa de mortalidad de niños de 1 a 4 años de edad descendió de 3,8 por 1.000 en 1982 a 3,4 por 1.000 en 1985, con una reducción acumulativa anual de 3,64%, lo que permitiría esperar un descenso a 1,95 por 1.000 para el año 2000, lo cual es compatible con la meta regional de 2,4 por 1.000.

El porcentaje de cobertura de vacunación con DPT de niños menores de 1 año aumentó de 34,1 en 1982 al 57,0 en 1985, con una reducción acumulativa anual de 13,27 de los no vacunados, lo que permitiría esperar para el año 2000 una cobertura de 94,99% compatible con la meta regional de cobertura universal y con la estrategia nacional seleccionada para alcanzarla.

El porcentaje de vacunación antisarampionosa de niños de 9 a 12 meses de edad aumentó de 26,5 en 1982 a 48,0 en 1985, con una reducción acumulativa del porcentaje de susceptibles de 10,89 anual, lo que permitiría esperar una cobertura de 90,8% para el año 2000, lo cual es compatible con la meta regional mediante la estrategia nacional seleccionada.

El porcentaje de cobertura de vacunación antipoliomielítica de niños menores de 1 año aumentó mediante la estrategia tradicional del 38,9% en 1982 al 100% de la población censada en 1985, gracias a la movilización de todos los recursos nacionales y de cooperación externa, técnica y económica, no habiéndose presentado desde entonces ningún caso de poliomielititis.

El porcentaje de cobertura de vacunación con BCG de niños menores de 1 año aumentó de 46,7% en 1982 a 68 en 1985, con una reducción acumulativa de 15,64 de los susceptibles, lo que permitiría esperar un 2,5% en el año 2000 y una cobertura de un 97,5% compatible con las metas regionales.

La cooperación regional e internacional ha venido mejorando, especialmente con los países vecinos, así como también con el Japón, Alemania y otros; actualmente merece destacarse el esfuerzo de cooperación con los países del Cono Sur y el Brasil, en el que nos hemos comprometido por iniciativa del Uruguay.

El número de establecimientos aumentó de 214 puestos de salud en 1982 a 256 en 1985, y de 102 centros de salud y siete hospitales especializados en 1982 a 126 centros de salud y 10 hospitales especializados en 1985.

Política, prioridades, objetivos, metas, planes y estrategias del sector salud: La política contenida en el plan nacional de salud está orientada a alcanzar objetivos y metas conducentes a lograr la salud para todos en el año 2000, tendiendo a disminuir sustancialmente las tasas de morbi-mortalidad, especialmente la maternoinfantil y por enfermedades transmisibles y parasitarias, así como a fortalecer los programas de control de enfermedades, saneamiento del medio ambiente y educación, organización y participación de la comunidad, para aumentar la expectativa y el nivel de vida de todos los habitantes y vitalizar las fuerzas de trabajo que promueven el desarrollo económico y social del país.

Para alcanzar el objetivo de salud para todos, la principal estrategia seleccionada ha sido la atención primaria de salud, entendida como un cambio significativo en las líneas de acción tradicionales, incluyendo el desarrollo acelerado de un nivel de atención primaria de cobertura universal a cargo de personal profesional, técnico, auxiliar y comunitario, que sirva como puerta de entrada de toda la población al sistema regionalizado de servicios, a fin de que sus necesidades sean atendidas en el nivel de servicio de salud que corresponda.

Las principales líneas de acción son las siguientes: 1) continuar el desarrollo acelerado y la puesta en funcionamiento de los establecimientos requeridos por la red de servicios de salud regionalizados, con el fin de contar con más establecimientos sanitarios y mejor distribución de los mismos para incrementar la accesibilidad física y la cobertura demográfica; 2) acelerar la construcción y puesta en marcha del sistema de agua potable, alcantarillado sanitario y núcleos sanitarios, que incluyen tanques sépticos, duchas, lavatorios y lavaderos; 3) capacitar y dotar al personal necesario para el funcionamiento eficiente de las redes de servicios de salud y saneamiento ambiental; 4) mejorar la utilización, eficiencia, eficacia y equidad de la red de servicios de salud, mediante el fortalecimiento de los sistemas y procedimientos técnicos y administrativos, incluyendo los de investigación evaluativa, planificación y programación, administración y supervisión educativa y continuada; 5) aumentar el rendimiento, producción e impacto de las acciones de salud mediante la coordinación intersectorial en todos los niveles del país; 6) ampliar el alcance y eficacia de los servicios de salud mediante el establecimiento y desarrollo de interacciones funcionales con instituciones extrasectoriales, especialmente aquellas de mayor relevancia para la

salud, tales como los sectores educación, agricultura y ganadería, justicia y trabajo, seguridad social, vivienda y otros, y 7) complementar el sistema institucional de servicios de salud mediante el aporte de ideas, esfuerzos y recursos provenientes de organizaciones no gubernamentales, como los clubes de servicios, organizaciones de beneficencia, comisiones de salud, juntas de saneamiento, medios de información colectiva, organizaciones religiosas, clubes de madres, radio club del Paraguay y otros.

La organización de los servicios de salud: El sector salud está integrado por todas las instituciones públicas y privadas que tienen relación con la salud de la población por su acción directa e indirecta. El subsector público está conformado por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, la Sanidad de las Fuerzas Armadas, la Sanidad Policial, la Universidad Nacional de Asunción (Hospital de Clínicas de la Facultad de Ciencias Médicas), la Sanidad Municipal y la Corporación de Obras Sanitarias. El subsector paraestatal está constituido por el Instituto de Previsión Social y el subsector privado por los seguros médicos, hospitales, sanatorios, clínicas, consultorios médicos y odontológicos, laboratorios de análisis clínicos, farmacias y otros establecimientos privados y afines.

Report of the Delegation of Ecuador  
Informe de la Delegación del Ecuador

Dr. BRACHO-OÑA (Ecuador): Señor Presidente, señores delegados. Es muy honroso para mí presentar en el seno de esta importante conferencia de Ministros de Salud de las Américas el informe sobre el estado de salud de mi país en el período 1982-1986, lapso en el cual han sido importantes los logros obtenidos tanto a nivel continental como subregional, y en mi país en particular; ya que, si bien en algunos casos persisten y aún se han agravado determinados problemas, sin embargo, los esfuerzos realizados con la cooperación de la OPS/OMS, organismo al que pertenecemos quienes integramos esta conferencia, han permitido desarrollar muchas de las estrategias encaminadas a la meta de salud para todos en el año 2000, año que se acerca al ritmo y celeridad propios de la época en que vivimos.

Me he permitido destacar en primer término la importancia de la cooperación que nuestro organismo internacional ha desplegado en beneficio de mi país, no solo en cumplimiento de las decisiones adoptadas por los órganos que lo conforman, sino también por la especial vocación de servicio que ha mostrado nuestro estimado Director, Dr. Carlyle Guerra de Macado, a quien hemos tenido la satisfacción de recibir en dos ocasiones en este lapso en los organismos de salud de mi país.

Ya se atisban en el horizonte de la salud continental las posibilidades ciertas de incorporar la erradicación de nuevas enfermedades a las ya erradicadas, así como se vislumbran mejores perspectivas para

elevant el nivel de cooperación interpaíses en forma bilateral o multilateral para solucionar problemas que nos afectan mutuamente. La erradicación de la poliomielitis es la mejor respuesta a los anhelos de la Organización y de los países de la Región, del mío en particular, para lo cual nos encontramos desarrollando la correspondiente planificación. El incremento de la lucha contra Aedes aegypti y contra la malaria deberán constituir el ideal de trabajo en los esfuerzos de cooperación entre los países, especialmente entre aquellos cuyas zonas limítrofes comparten este tipo de azotes. Mi país, respetuoso como siempre de los compromisos adquiridos en este campo, reitera una vez más su indeclinable deseo de contribuir eficazmente para el cumplimiento de los objetivos mutuamente establecidos en diferentes convenios.

En esta época en la que el avance tecnológico en todos los campos, y especialmente en el de la salud, constituye la tónica para el mejoramiento del nivel y calidad de la vida, resulta por demás importante adoptar resoluciones y decisiones que permitan a nuestra Organización asignar la prioridad adecuada a las investigaciones de tecnología, en las que mi país desearía participar dentro de sus posibilidades. Actividades de esta índole, realizadas dentro de una estrategia adecuadamente decidida, contribuirán a mejorar las posibilidades tecnológicas de nuestros países, facilitarán una mejor transferencia de tecnología y contribuirán a disminuir la brecha tecnológica que lamentablemente se amplía cada vez más y nos separa de los países industrializados. Celebramos esta reunión justamente en una época en que la crisis económica afecta el nivel y calidad de la vida de nuestra población, y es en este marco en el que se inscriben las actividades y los logros obtenidos en mi país, que paso a describir a continuación.

Los esfuerzos del Gobierno de mi país por mejorar la situación de salud de la población se han concentrado en aspectos básicos, como la extensión de la cobertura, sobre todo en las áreas rurales, mediante construcción, equipamiento y reequipamiento de unidades de salud de nivel I y II, y el desarrollo de recursos humanos, impulsando el sistema nacional de capacitación, que ha dado énfasis especial a la difusión de las normas técnicas de los programas. Este aspecto ha sido una de las principales preocupaciones del Ministerio de Salud en el presente período, tendiendo sobre todo a la coordinación interinstitucional y a la estandarización de la atención a la población.

Importante es señalar que el desarrollo del sistema nacional de servicios de salud está en su fase inicial. El Consejo Nacional de Salud ha recibido todo el apoyo posible para poder desplegar su acción, que se cumple regularmente de acuerdo con su estructura funcional y con el apoyo de comisiones técnicas de alto nivel para estudiar los diferentes tópicos de interés para el desarrollo del sistema. Las experiencias favorables obtenidas en materia de coordinación sectorial nos alientan a pensar que se está desarrollando una estrategia apropiada para lograr la organización del sistema nacional de salud a que todos aspiramos.

En cuanto a la atención que reciben las personas, se ha dado prioridad a los programas destinados a la población expuesta a mayor riesgo, tanto biológico como social. Así, además de los programas de fomento y protección de la salud, en el actual período de gobierno se han delineado y puesto en marcha una serie de estrategias de características innovadoras que seguramente contribuirán a solucionar los problemas de la gran mayoría de la población. Por ejemplo, el Programa de Reducción de la Enfermedad y Muerte Infantil (PREMI), mediante un mecanismo de coordinación intra y extrasectorial, ha logrado reunir en un solo programa las cuatro estrategias fundamentales de supervivencia infantil: inmunización, promoción de la lactancia materna, control del crecimiento, y desarrollo y control de las enfermedades diarreicas. Para lograr un resultado efectivo en estas estrategias se han conjuntado los esfuerzos institucionales, reforzándolos en los aspectos de programación y difusión con la eficaz colaboración de recursos de toda índole procedentes de casi todos los sectores del desarrollo nacional, bajo un esquema de movilización masiva para apoyar este plan; la campaña de movilización está dirigida por la Primera Dama de la Nación, que a su vez es Presidenta del Instituto Nacional del Niño y la Familia, quien ha definido el PREMI como una campaña de "Amor y Ciencia" en favor del niño ecuatoriano.

Citaré también otros dos programas que por sus características y repercusiones sociales son novedosos en el sector de la salud pública de mi país, pues enfocan la atención de salud con una visión íntegra, es decir, que, sin perder de vista los aspectos relacionados con el fomento y protección de la salud, se preocupan de la parte complementaria de la atención, que es la recuperación de la salud en relación con la accesibilidad a los medicamentos, tradicionalmente sujeta a las leyes del mercado. Ahora es el Gobierno quien asume el control y ha desarrollado los programas siguientes con ese fin.

En primer lugar me refiero al Programa de Medicina Gratuita para Niños Menores de Cinco Años, denominado "MEGRAME-5", con el que se trata de evitar que los niños de este grupo de edad mueran porque sus padres no tienen recursos para comprar los medicamentos recetados. Para ejecutar este programa se ha financiado un presupuesto de aproximadamente 1.200 millones de sucres, destinados a la provisión de un grupo de 39 medicamentos básicos para la terapéutica de las enfermedades más frecuentes (80% de las de este grupo de población, que abarca el 15% de la población total del país).

En segundo lugar, mencionaré el Programa de Medicamentos Genéricos, que se propone facilite el acceso a la población en general mediante la comercialización de medicinas genéricas en forma institucional al principio, y en todas las farmacias del país posteriormente, con lo cual se abaratarán efectivamente los costos, que en algunos casos han llegado a cifras realmente inalcanzables para la mayoría de la población ecuatoriana. Este programa ampliará las disponibilidades de medicamentos para los pacientes hospitalizados, que antes eran insuficientes. Los pacientes ambulatorios mayores de 5 años

en los servicios de salud tendrán los medicamentos de este programa a un costo significativamente menor que el de las farmacias del sector privado. Para este programa se han seleccionado medicamentos de alta calidad para 19 grupos terapéuticos que forman parte del cuadro básico de 243 principios activos con 382 presentaciones. El presupuesto de este programa alcanza en el presente año la cifra de 1.500 millones de sucres.

Debo señalar que para cumplir estos programas se han tenido que adoptar las disposiciones legales del caso con el fin de poder contar con un registro sanitario de forma ágil y oportuna. La disponibilidad de recursos financieros para estos programas ha permitido además que, por primera vez, se disponga en el país de los recursos económicos necesarios y permanentes para la atención de pacientes afectados por ciertas enfermedades como la tuberculosis, el pian, la lepra, etc., que antes no podían ser controladas adecuadamente por insuficiencia en la dotación sistemática de los correspondientes medicamentos. Cabe destacar que estos programas de medicamentos se basan en un principio de equidad social, pues su financiamiento proviene del gravamen de impuestos a los cigarrillos para el programa "MEGRAME-5", y la cerveza y bebidas alcohólicas para el de medicamentos genéricos.

Para lograr una gestión administrativa óptima en todas las unidades de la red se ha desarrollado el programa de regionalización y programación locales integradas de salud, con objeto de que se realicen las actividades necesarias para satisfacer las necesidades de atención de cada localidad, centralizando en pequeñas áreas de dirección, programación y control los aspectos de diagnóstico, programación, ejecución e información sobre salud de la localidad. Estas áreas estarán dirigidas por un hospital cantonal, bajo cuya dependencia funcionarán también las unidades de nivel I y II que se encuentren en sus respectivas jurisdicciones.

Es notable el impulso que ha recibido el programa de construcción y equipamiento de unidades, cuya ejecución tenía un retraso notable, con la consiguiente repercusión en la falta de atención a la población. Estas acciones han sido desarrolladas justamente para apoyar la aplicación de las estrategias de atención primaria y extensión de cobertura que, lamentablemente, parecen haber sido aplicadas en el pasado con un enfoque excluyente, que no fue precisamente el adoptado en Alma-Áta.

En saneamiento ambiental, programa en el que las coberturas alcanzadas son todavía muy bajas, sobre todo en el área rural, observamos que durante el período comprendido entre 1983 y 1985 la dotación de agua y la eliminación de excretas han mejorado sustancialmente, aunque sin llegar a niveles aceptables. En cuanto a dotación de agua en el área urbana la cobertura oscila entre el 74,7 y el 80,6% y en el área rural entre el 16,8 y el 31,4%. Los servicios de eliminación de excretas en el área urbana han pasado del 60,3 al 77,1% y en el área rural las coberturas oscilan entre el 5,7 y el 28,3%. Para solucionar este problema, el Gobierno actual ha creado un fondo anual, el Fondo Nacional de Saneamiento Ambiental (FONASA), del cual se asigna la suma de 5.000 millones para provisión de agua y el resto para obras de control de la contaminación del agua y el aire.



Los principales logros alcanzados en el período se refieren especialmente a la mejoría de algunos indicadores del nivel de salud que reflejan el impacto de las acciones de los programas dirigidos a la población en cada uno de sus grupos específicos. Así los datos para el año 1984 (últimos disponibles) son los siguientes: mortalidad general, 5,8 defunciones por 1.000 habitantes; mortalidad infantil, 54,1 defunciones por 1.000 nacidos vivos (excluidas las inscripciones tardías); mortalidad pos-neonatal, 34,2 defunciones por 1.000 nacidos vivos; mortalidad neonatal, 19,9 defunciones por 1.000 nacidos vivos; mortalidad materna, 1,7 defunciones por 1.000 nacidos vivos. Al mismo tiempo, han mejorado los índices de certificación médica de defunción y atención profesional del parto.

Las coberturas alcanzadas por los programas de fomento y protección de salud se han mantenido en la mayoría de los rubros con variaciones fluctuantes en los diferentes años del período. Cabe destacar que entre 1982 y 1985 en inmunizaciones se ha logrado incrementar la cobertura con dosis completas: DPT, del 33 al 45%; antipoliomielítica, del 36 al 45%, y antisarampionosa, del 42 al 54%.

En relación con el control de las enfermedades transmisibles, durante el mismo período han intervenido diversos factores que han determinado diferentes grados de variabilidad. Así, la situación ha mejorado en la incidencia anual de enfermedades prevenibles por vacunación: el número de casos por 100.000 habitantes ha bajado de 19,14 a 12,61 para el sarampión, y de 19,22 a 7,90 para tos ferina. En poliomielitis no se ha registrado ningún caso en 1984 y 1985. En difteria las cifras se han mantenido con ligera variación después de superar un brote epidémico que se presentó en 1984. En tétanos entre menores de 28 días y entre mayores de 28 días se aprecia un notable incremento de defunciones, lo que ha motivado que se modifique la estrategia de vacunación específica, para dirigirla hacia la cobertura total de la población en las zonas de alto riesgo epidemiológico.

Las defunciones humanas por rabia han descendido de una tasa por 100.000 habitantes, de 0,51 en 1982 a 0,18 en 1985; lo mismo ha ocurrido en relación con casos positivos de rabia animal, donde se aprecia un descenso de 13,45 a 6,51 casos por 100.000 habitantes en el mismo período. Estas cifras aún elevadas de casos de rabia han determinado acciones para su erradicación. Los programas que han intensificado sus acciones, mejorando los sistemas de detección, diagnóstico y registro, con el consiguiente aumento del número de casos, son la tuberculosis y la enfermedad de Hansen.

Por último, señalaremos el problema de la malaria cuya incidencia aumentó notablemente a partir de 1983 como consecuencia de la extraña temporada de lluvias que duró un período de 11 meses consecutivos y afectó la zona costera del país, principalmente Esmeraldas, Guayas, y Los Ríos. La incidencia nacional llegó a 826,31 casos por 100.000 habitantes en 1984, con una proporción de 19,89% de casos debidos a Plasmodium falciparum. La provincia mayormente afectada es la de Esmeraldas,

ubicada en la zona noroccidental del país, en la que la incidencia de casos corresponde al 38,5% del total del país, con una proporción de casos de 2 a 1 debidos a Plasmodium falciparum y a P. vivax, respectivamente.

Actualmente se encuentran en ejecución los programas destinados a lograr la erradicación de la rabia, la poliomielitis, la fiebre amarilla y el dengue.

Para terminar, conviene mencionar los siguientes hechos importantes acaecidos en el último período: impulso a la terminación de la infraestructura, desarrollo del sistema de regionalización y programación locales, proceso de normatización, apoyo al funcionamiento del Consejo Nacional de Salud y puesta en marcha de los programas que apoyan las acciones integrales de atención, tanto a las personas como al medio ambiente, como son el "PREMI", el "MEGRAME-5", el programa de medicamentos genéricos y la creación del "FONASA".

Aprovecho la oportunidad para agradecer a los diferentes organismos internacionales como el UNICEF, el FNUAP, la AID, la Fundación Kellogg, la AYU de Alemania, el AGFUND y otros, que además de la OPS/OMS han colaborado con ayuda económica y técnica para el desarrollo de los programas nacionales. Asimismo, formulo mis mejores votos porque los resultados de esta reunión favorezcan la obtención de mejores condiciones de salud, a pesar de la crisis económica en la que lamentablemente nos encontramos inmersos la mayoría de los países.

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

Dr. BOWEN (United States of America): Mr. President, Dr. Macedo, Dr. Mahler, distinguished Ministers of Health and Delegates of the Member Governments of this Organization. As a representative of the host country for the Headquarters of the Pan American Health Organization, where this XXII Conference is being held, let me first take this opportunity to welcome you. I am honored to join with you in the important work before us. Improving the health status of all of our people is a goal we all share. As a physician I share your enthusiasm for the goal of health for all by the year 2000 that we, as an organization, have adopted. I am privileged to represent my Government in reporting to you today on the progress toward reaching that goal and improving public health conditions in the United States that has been made since the last Pan American Sanitary Conference.

At the dawn of this decade the United States set new national health goals for enhancing the health of our people by the year 1990. These goals were quantified. They sought to reduce preventable disease and disability for people in the five major age groups: infants, children, adolescents, adults, and older adults. We set forth 15 strategy targets in three broad areas of endeavor: improved delivery of

preventive health services, strengthening of health protection services, and stimulating of health promotion efforts. Our targets included such items as control of high blood pressure, improved nutrition, complete immunization, and improved prenatal care. They were determined by assessing the risk factors involved in the leading causes of morbidity and mortality for each age group. We picked targets that we felt we could reasonably expect to achieve. We then developed 226 measurable objectives, 66 for preventive services, 82 for health protection, and 78 under health promotion.

Over the last few years we have put special emphasis on implementing and tracking progress. Since 1985 marked the mid-point of this effort, we conducted an extensive mid-course review. I am pleased to report to you that we have made substantial progress toward achieving our major goals. The goals sought are: a 35% reduction in death rates for infants; a 20% reduction for children; a 20% reduction for adolescents and young adults; and a 25% reduction for adults. By 1984 we were half way or further on the road to meeting each of these goals. Indeed, the goal for children was achieved six years ahead of schedule. Our mid-course review also showed that we are well on the way to achieving nearly half of our 226 objectives and only about a quarter seem unlikely to be achieved by 1990. In only eight cases was the trend actually away from our 1990 targets.

Let me give you a few examples of our progress. Between 1972 and 1984 the death rate for heart disease fell by 34% and the death rate for strokes fell by 48%. One thing that contributed to these gains was the establishment of the objective of doubling, by 1990, the share of the population that know the major risk factors of heart disease and stroke. In fact, by 1985 the proportion of people with this knowledge had already nearly tripled.

Between 1979 and 1985 the percentage of cigarette smokers in the United States fell from about 33% to about 30%. Our 1990 target is 25%, and it appears that we will reach it. The only population group contradicting this overall trend and posing a challenge is adolescent females.

Between 1978 and 1983 the death rate from motor vehicle accidents declined from 24 per 100,000 to 19--already very close to our 1990 target of 18. Our national program to impose seat belt use, reduce drunken driving and enhance roadway safety seems to be paying off. For immunization, our 1990 target is to have at least 90% of all our children completely immunized by age two. Last year we reached 85%, and our prospects for reaching the 1990 objective are good. With respect to occupational safety and health, between 1978 and 1984, workplace-related accidental deaths were reduced to a level already below our target for 1990. We have also seen a concurrent improvement in the incidence of disabling injuries and in workdays lost because of accidental injuries.

We have already met our target for reducing the number of children with dental caries, and also expect to meet our targets for reducing the incidence of gingivitis and destructive periodontal disease.

We have, however, had our setbacks. Though our infant mortality rate for minority and low-income populations declined by about 17% between 1978 and 1982, it appears that the rate of decline will fall short of our target of no more than 12 infant deaths per 1,000 live births for this group. While our effort to reduce drug abuse among the youth is generally succeeding, the use of cocaine and "crack" is a problem of growing concern to us. Such use among young people went up 13% between 1984 and 1985, posing a serious threat to national health. Our President has launched a major initiative against drug abuse, and we are placing special emphasis on the solution of this problem as we plan our health objectives for the year 2000.

Our problem with teenage pregnancy is proving difficult to solve. The rate is not going up, but it is not going down either; the childbirth rate for 15-year old girls dropped only slightly between 1978 and 1984, from 14 to 13.1 per 1,000. We are giving special attention to problems like these. For example, we have established a teenage pregnancy prevention initiative. In this effort we will try to marshal parents and community organizations in a long-range effort to cause teenagers to change their behavior. We will start with pre-teenagers and work with young people on such things as how to build self-esteem, how to deal with peer pressure, and how to make responsible decisions. Our aim will be to discourage irresponsible sex and prevent premature pregnancies. Our timetable calls for reducing out-of-wedlock teenage pregnancies by at least 50% by the year 2000. This initiative can have an important impact on health for, as you know, teenage pregnancy is in itself a risk to health. Even beyond that, teenage single mothers are ill-equipped to cope with life's demands and often fall into poverty--itself a major hazard to human health.

The general picture in our country is one of a nation going about the business of preventing diseases and promoting health for its citizens more effectively in this decade than it did in the last. But let me put this optimistic assessment in context. First, it is the result of a national, not just a Federal effort. In fact, the objectives reflect a national consensus, not something imposed by the Federal Government. No one sector of our society is responsible for the results. Indeed, some of the progress we have made may have occurred without the benefit of added resources or new programs. Second, we have no guarantee that the objectives we have already achieved or those toward which we are working will, in fact, be counted as achieved when 1990 arrives. We are involved in work that cannot be done once and then forgotten. Lasting achievement will demand sustained effort. We have to immunize every generation, for example, and keep on emphasizing individual responsibility to live a healthy life. Third, by far the most important benefit from our mid-course review is the identification of the objectives we are not likely to achieve. This gives us the opportunity to reassess matters and

ask ourselves tough questions. Is the objective still important? If so, then what issues demand more attention? Have our resources, skills or policy directions been adequate? Finally, what changes must we make?

Meanwhile, our mid-course review has given a snapshot of the nation's health in 1985. Our review of each of the 226 separate objectives has told us in exact terms just how well we are faring in improving health and reducing risks in the 1980s. This is a time for us in the Americas to renew our commitment and increase our efforts to improve the quality of people's lives through improved health. It is not a time to relax, but a time to press on to achieve the WHO goal of health for all by the year 2000. Let us move together to achieve that goal.

The PRESIDENT: To continue the session, I would like to ask Vice President, Dr. Soto Gómez of Guatemala, to take the Chair.

Dr. Soto Gómez (Guatemala), Vice President, took the Chair.

El Dr. Soto Gómez (Guatemala), Vicepresidente,  
pasa a ocupar la Presidencia.

ITEM 6.1: REPORT ON THE COLLECTION OF QUOTA CONTRIBUTIONS (resumed)  
TEMA 6.1: INFORME SOBRE LA RECAUDACION DE LAS CUOTAS (reanudación)

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

El PRESIDENTE: Vamos a continuar con el tema 6.1 y voy a pedir al Dr. Borgeño que nos presente el proyecto de resolución solicitado.

Dr. BORGÑO (Presidente del Grupo de Trabajo encargado de estudiar la aplicación del Artículo 6.B de la Constitución): Gracias, señor Presidente. Quisiera pedir disculpas porque el texto que voy a leer no ha sido distribuido a los Delegados, pero la premura de tiempo no lo ha permitido. Voy a leer muy lentamente la versión inglesa con el propósito de que puedan tomar nota para formular cualquier observación, sugerencia o comentario sobre el proyecto de resolución que propone el grupo de trabajo.

THE XXII PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Having seen the report of the Director on the collection of quota contributions (Document CSP22/16 and ADD. I) and taking into consideration the concerns expressed by the 97th Meeting of the Executive Committee with respect to Member Countries subject to Article 6.B who have not met their commitments for liquidation of their quota arrearages;

Noting the report of the Working Party on the application of Article 6.B of the PAHO Constitution relating to the suspension of voting

privileges of Member Governments that fail to meet their financial obligations to the Organization in a timely manner (Document CSP22/16, ADD. II);

Recognizing that, in the case of the three Member Governments subject to Article 6.B, the Government of Haiti has continued to make payments towards its prior years' assessments, but that it has been unable to fully meet all of its payment commitments, and that the Government of Paraguay has presented a revised deferred payment plan that is acceptable to the Secretariat and the Article 6.B Working Party, as well as having made payments under its original payment plan; and

Noting specifically that the Article 6.B Working Party was in consensus that Article 6.B should be applied to the Dominican Republic, but also noting the Working Party's determination that the provisions of Article 6.A of the Constitution and the absence of an officially accredited Delegation from the Dominican Republic constitutionally precluded the application of Article 6.B at this time,

#### RESOLVES:

1. To take note of the report of the Director on the collection of quota contributions (Document CSP22/16 and ADD. I).

2. To express appreciation to Member Governments that have already made payments in 1986, and to urge all Member Governments in arrears to fulfill their financial obligations to the Organization in a prompt manner.

3. To permit the Government of Haiti to vote at this Pan American Sanitary Conference, in view of its efforts to comply with its payment commitments.

4. To permit the Government of Paraguay to vote at this Pan American Conference, and to endorse the acceptance of the Government's revised deferred payment plan.

5. To instruct the Article 6.B Working Party to reconvene and provide its recommendation to the Conference in the event that an accredited Delegation from the Dominican Republic is present at this Conference.

6. To request the Director:

a) To continue to monitor the implementation of special payment agreements made by Member Governments in arrears for the payment of prior years' quota assessments, with particular attention to the case of the Dominican Republic;

b) To advise the Executive Committee of Member Countries' compliance with their quota payment commitments;

- c) To report to the XXXII Meeting of the Directing Council on the status of the collection of quota contributions for 1987 and prior years.

LA XXII CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo visto el informe del Director sobre la recaudación de las cuotas (Documento CSP22/16 y ADD. I) y teniendo en cuenta las inquietudes expresadas por la 97a Reunión del Comité Ejecutivo respecto de los Países Miembros sujetos a las disposiciones del Artículo 6.B que no han cumplido sus compromisos para la liquidación de atrasos en el pago de sus cuotas;

Tomando nota del informe del Grupo de Trabajo sobre la aplicación del Artículo 6.B de la Constitución de la OPS relativo a la suspensión de los privilegios de voto de los Gobiernos Miembros que no cumplan sus obligaciones financieras con la Organización de manera oportuna (Documento CSP22/16, ADD. II);

Reconociendo que, en el caso de los tres Gobiernos Miembros sujetos al Artículo 6.B, el Gobierno de Haití ha continuado efectuando los pagos correspondientes a las cuotas de años anteriores, pero que no ha podido satisfacer plenamente todos sus compromisos de pago, y que el Gobierno del Paraguay ha presentado un plan de pago diferido que la Secretaría y el Grupo de Trabajo sobre el Artículo 6.B consideran aceptable, y que además ha efectuado los pagos correspondientes al plan original de pago, y

Notando específicamente que el Grupo de Trabajo sobre el Artículo 6.B concordaba en que el Artículo 6.B deberá aplicarse a la República Dominicana, pero notando también la determinación del Grupo de Trabajo de que las disposiciones del Artículo 6.A de la Constitución y la ausencia de una Delegación oficialmente acreditada de la República Dominicana imposibilita aplicar constitucionalmente en este momento el Artículo 6.B,

RESUELVE:

1. Tomar nota del informe sobre la recaudación de las cuotas presentado por el Director (Documento CSP22/16 y ADD. I).
2. Dar las gracias a los Gobiernos Miembros que ya han efectuado pagos en 1986 y urgir a los demás Gobiernos atrasados en el pago de sus cuotas a que cumplan puntualmente con sus obligaciones financieras para con la Organización.
3. Permitir votar al Gobierno de Haití en esta Conferencia Sanitaria Panamericana en vista de sus esfuerzos por cumplir con los compromisos de pago.
4. Permitir votar al Gobierno del Paraguay en esta Conferencia Sanitaria Panamericana y respaldar la aceptación del plan revisado de pago diferido de dicho Gobierno.

5. Dar instrucciones al Grupo de Trabajo sobre el Artículo 6.B para que vuelva a reunirse y brinde su recomendación a la Conferencia en caso de que se halle presente en esta Conferencia una Delegación acreditada de la República Dominicana.

6. Pedir al Director que:

- a) Continúe vigilando el cumplimiento de los acuerdos especiales de pago hechos por los Gobierno Miembros atrasados en el pago las cuotas correspondientes a años anteriores, prestando especial atención al caso de la República Dominicana;
- b) Informar al Comité Ejecutivo acerca del cumplimiento de los Países Miembros con los compromisos de pago de las cuotas;
- c) Informar a la XXXII Reunión del Consejo Directivo sobre el estado de la recaudación de las cuotas correspondientes a 1987 y años anteriores.

El PRESIDENTE: Muchas gracias. Señores Delegados, acaban ustedes de escuchar el proyecto de resolución y yo les querría preguntar si tienen algún comentario.

Al no haber ninguna observación, se considera aprobado el proyecto de resolución.

Decision: The proposed resolution was unanimously adopted.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución.

ITEM 3.3: REPORTS OF THE MEMBER GOVERNMENTS OF THE ORGANIZATION ON PUBLIC HEALTH CONDITIONS AND PROGRESS ACHIEVED IN THE INTERVAL BETWEEN THE XXI AND XXII PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCES (resumed)

TEMA 3.3: INFORMES DE LOS GOBIERNOS MIEMBROS DE LA ORGANIZACION SOBRE LAS CONDICIONES DE SALUD PUBLICA Y LOS ADELANTOS LOGRADOS EN EL INTERVALO TRANSCURRIDO ENTRE LAS XXI Y XXII CONFERENCIAS SANITARIAS PANAMERICANAS (reanudación)

El PRESIDENTE: Vamos a continuar con el tema 3.3 relativo a la presentación de los informes de los países. Solicito al señor Delegado de Panamá que lea su informe.

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

Dr. REYES (Panamá): Muchas gracias. Señor Presidente, señores Ministros, señores delegados, señor Director de la OSP, señor Director General de la OMS, señores invitados, señoras y señores. En nombre del



Excelentísimo Señor Presidente de la República de Panamá, Licenciado Eric Arturo del Valle, de su equipo de gobierno, de las autoridades de salud y de nuestra comunidad, deseo transmitir un cordial saludo a los gobiernos y pueblos aquí representados y felicitar al Sr. Jake Epp y al Gobierno del Canadá por su elección para la presidencia de este evento, al igual que el equipo que lo acompaña en la mesa directiva. Asimismo, felicitamos al Director de la OSP por su sincero, valioso y orientador informe.

Durante la XXI Conferencia Sanitaria Panamericana hacíamos referencia a las necesidades que teníamos cada uno de los países, dadas las influencias negativas que los factores económicos estaban teniendo sobre el desarrollo de nuestros pueblos, y con mayor dramatismo en el sector salud, al revisar y adecuar las políticas y estrategias a desarrollar en el sector de forma tal que éstas nos permitieran alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000.

Además de los problemas de tipo económico que entonces nos aquejaban, que lejos de mejorar se han acrecentado, cabe mencionar el hecho de que en la subregión centroamericana los últimos cuatro años hemos seguido viviendo en un clima de intranquilidad y desasosiego, producto de las convulsiones y crisis de carácter políticosocial y económico. Nuestro país, conjuntamente con México, Colombia y Venezuela, ha formado el Grupo Contadora, que se encuentra empeñado en buscar una solución pacífica a la crisis centroamericana a través del diálogo y el mutuo entendimiento entre las partes en conflicto. Los esfuerzos encaminados a tal fin abarcan un amplio espectro de iniciativas en diferentes sectores, dentro del marco y el espíritu de Contadora. Con el entusiasta apoyo de la Organización Panamericana de la Salud, los Gobiernos de la subregión han conjugado sus esfuerzos para que la salud pueda ser un instrumento aglutinador tendiente a lograr la tan ansiada y anhelada paz, poniendo en marcha el Plan de Necesidades Prioritarias de Salud en Centroamérica y Panamá, conocido también como "Salud, puente y fuente para la paz", para cuyo éxito solicitamos el apoyo solidario de todos los Países Miembros de la Organización.

En nuestro país, la evaluación de los indicadores ha reflejado que durante el período comprendido entre las XXI y XXII Conferencias Sanitarias Panamericanas el nivel de salud alcanzado por los panameños ha continuado mejorando. Con satisfacción registramos el sostenido aumento de la expectativa de vida durante dicho período, que ha pasado de 70,8 en 1982 a 71,5 en 1985. Podemos señalar que entre las 10 principales causas de defunción de la República se siguen manteniendo en los primeros puestos los tumores malignos, los accidentes, los suicidios, los homicidios y otras violencias, las enfermedades isquémicas del corazón y los trastornos cerebrovasculares, lo que mantiene en nuestro país una estructura de mortalidad comparable a la de otros países mucho más desarrollados.

Con relación a las causas de morbilidad, podemos destacar que en los últimos años las infecciones respiratorias agudas se han mantenido en el primer lugar, con tasas de 122 y 180,5 por 1.000 habitantes en 1982 y

1983, respectivamente. Nuestra tasa global de morbilidad arroja cifras de 433,8 (primera consulta) por cada 1.000 habitantes en 1982 y 437,7 en 1985.

Las tasas de mortalidad general e infantil durante el mismo período han reflejado pocos cambios. Observamos para 1984 una mortalidad general de tres defunciones por cada 1.000 nacidos vivos. La mortalidad materna ha disminuido paulatinamente, pasando de 0,9 por 1.000 en 1982 a 0,5 por 1.000 en 1984. El porcentaje de defunciones de adultos de 15 años y más para 1985 fue de 28,5, y las correspondientes a 50 años y más fue de 61,4, como resultado de la transición demográfica determinada por las variables de natalidad, mortalidad y expectativa de vida.

Se ha mantenido alto el porcentaje de defunciones certificadas que, conjuntamente con el porcentaje de atención profesional del parto (81,1 en 1982 y 82,9 en 1984), muestran una cobertura relativamente alta de los servicios de salud.

En cuanto al medio ambiente, podemos señalar con satisfacción que en 1982 el 86% de nuestra población tenía agua potable, mejorando esta cobertura anualmente hasta llegar al 91,5% en 1985. Esta situación se debe a la sostenida y vigorosa acción del Ministerio de Salud en la construcción de acueductos y pozos rurales con la participación activa de la población y del Instituto de Acueductos y Alcantarillados Nacionales, que es responsable de las áreas urbanas y suburbanas. En 1982 el 85% de la población contaba con sistemas adecuados para eliminar las excretas, subiendo este indicador a 91,2 en 1985.

Durante el período examinado, la cobertura de inmunización ha mejorado entre los niños de menos de un año. La vacunación contra la poliomielitis tenía una cobertura de 60,1 en 1982, pasando a 71,3 en 1985; la cobertura de vacunación con DPT aumentó de 60,9 en 1982 a 73,3 en 1985; la cobertura con BCG se incrementó de 82,3 en 1982 a 93,8 en 1985. Igualmente mejoró la cobertura contra el sarampión para el mismo grupo de edad, pasando de 61,6 en 1982 a 83,4 en 1985.

Merece atención especial el programa de erradicación de la malaria, a pesar de que el área malárica en Panamá, como país tropical, sigue siendo 92,5% del territorio nacional. En los últimos cuatro años se ha registrado la cifra más baja de casos en la historia malárica del país, de los cuales un alto porcentaje procedieron del exterior.

En cuanto a la situación del SIDA en Panamá, hasta este momento tenemos 14 casos registrados, de los cuales 12 son hombres y 2 mujeres, con edades comprendidas entre 18 y 60 años.

Reconocemos que nuestros indicadores demográficos nacionales reflejan cifras bastantes halagadoras; no obstante, cuando los desglosamos por región sanitaria, se ve que hay marcadas diferencias en algunas regiones donde hay un mayor grado de población postergada y donde la accesibilidad a los servicios de salud es más difícil. Igualmente se mantiene la desigualdad en la distribución de los recursos, con una

concentración significativamente mayor en la región metropolitana en comparación con las otras regiones sanitarias. En un análisis de la red nacional de servicios de salud recientemente terminado se detectó un costo relativamente alto de la prestación de servicios y se recomendó obtener mayor eficiencia de los servicios de salud y mejorar nuestro proceso de administración sanitaria actual. Como resultado del estudio de la red de servicios de salud, estamos trabajando para aumentar la capacidad de los servicios existentes y mejorar la gestión sanitaria, con el propósito de extender la cobertura a los grupos humanos postergados con equidad, eficacia y eficiencia social en el uso de los recursos asignados al sector para alcanzar la meta de salud para todos. Por todo ello, nuestro Gobierno seguirá considerando el sector salud como uno de los prioritarios en el plan de desarrollo nacional, consciente de que el nivel que logremos alcanzar estará directamente vinculado con el bienestar y la salud de todos los panameños. El reto es grande, pero lo estamos asumiendo con valentía y responsabilidad. Muchas gracias.

El PRESIDENTE: Muchas gracias, señor Delegado de Panamá. Ahora quisiera rogar a los señores Delegados que hablen más despacio, para facilitar la labor de los intérpretes, aunque comprende su ansiedad para terminar en el plazo fijado de 10 minutos. Vamos a pasar ahora a escuchar al Delegado de Cuba.

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

Dr. ANTELO PEREZ (Cuba): Señor Presidente, Señor Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, Dr. Mahler, distinguidos colegas. La XXII Conferencia Sanitaria Panamericana se enfrenta a la realidad de que más del 30% de la población no tiene acceso a los servicios básicos de salud y más de 135 millones de personas en la América Latina viven en estado de pobreza y sufren los resultados de la crisis económica mundial y la deuda externa que asfixia nuestras débiles economías, y ello es resultado de un orden económico internacional injusto, que pretende perpetuar el intercambio desigual, el proteccionismo, el "dumping", la competencia desleal, el control de los mercados por las transnacionales, las altas tasas de interés, la fuga de capitales y la manipulación de las finanzas internacionales.

A pesar de los esfuerzos realizados en el último cuatrienio, los resultados no son los esperados por nuestros pueblos. Cuba, que emergió de la realidad del subdesarrollo y la pobreza en que sumieron siglos de explotación colonialista a la América nuestra, construye con decisión ineludible una sociedad más justa que asegura el derecho a la salud para el desarrollo pleno del hombre. El cuatrienio 1982-1986 ha sido una expresión de la voluntad política, que ha estado presente desde el inicio de la revolución, de propiciar el desarrollo acelerado y multilateral de la salud de nuestro pueblo. A fines de la década de 1970, el estado de salud de la población, la cobertura, la accesibilidad y el alto nivel de calificación alcanzado en el sistema nacional de salud se asemejaba a

países de elevado desarrollo económico y social. A continuación expondremos en breve síntesis los principales resultados de la aplicación de esta política, que con la conducción directa y el ejemplo del Presidente de los Consejos de Estado y de Ministros, Comandante en Jefe Fidel Castro, la participación activa de todo el pueblo y la acción multisectorial se desarrolla exitosamente.

La epidemia de dengue hemorrágico, que repentinamente apareció en nuestro país en 1981 y que costó la vida a más de 150 compatriotas, principalmente niños, fue el catalizador que intensificó los esfuerzos que ya se venían realizando por alcanzar un lugar destacado en el campo de la salud y de la medicina mundial.

Se construyeron y equiparon 31 salas de cuidados intensivos pediátricos y se promovió la extensión de los servicios de cirugía cardiovascular, quedando inaugurado uno de los tres cardiocentros que se construyen. Los servicios higiénicos-epidemiológicos fueron fortalecidos; 1.354 profesionales médicos y no médicos y 3.346 técnicos medios prestan en ellos sus servicios. El Aedes aegypti ha reducido sus índices a niveles muy bajos, habiendo desaparecido en cinco provincias y en 117 municipios de los 169 que tiene el país; singular homenaje a nuestro insigne científico Carlos J. Finlay.

Se inauguró el hospital clínico-quirúrgico "Hermanos Ameijeiras", donde ya se han realizado con éxito los primeros trasplantes de corazón, páncreas y córnea, sumándose a la experiencia de más de 15 años en más de 1.000 trasplantes renales y en donde se está desarrollando un trabajo integral asistencial-docente-investigativo como centro de referencia nacional en su tipo.

Se introdujo la tecnología avanzada, ultrasonido diagnóstico, tomografía axial computarizada, litotricia extracorpórea y, recientemente, la resonancia magnética nuclear. Además, se comenzaron los trabajos para los programas de desarrollo hasta el año 2000 de 35 especialidades médico-quirúrgicas.

Se creó el centro nacional de genética médica que dirige el programa con consultas de consejos genéticos en cada provincia, con sus laboratorios correspondientes.

El Centro de Investigaciones Biológicas, creado en el cuatrienio, comenzó la producción de interferón, además de las investigaciones en ingeniería genética. En fecha reciente se inauguró el Centro Nacional de Ingeniería Genética y Biotecnología, que pretenderá ampliar las posibilidades de cooperación con los países de nuestra Región y del resto del mundo.

El desarrollo alcanzado por la industria farmacéutica se fortaleció con la inauguración de una planta de antibióticos semisintéticos y una planta flexible de síntesis químicas, y se encuentra en fase de terminación una planta de hemoderivados y una de soluciones parenterales, así como se han iniciado los trabajos para establecer una planta de

biopreparados. Avanza satisfactoriamente la producción de prótesis, mobiliario hospitalario e instrumental, y se construyen dos combinados para la producción de equipos médicos.

Cuba ha logrado alcanzar desde 1983 los indicadores de salud para todos en el año 2000 y continuará su programa de desarrollo en el campo de la salud aportando iniciativas como la del médico de la familia y el especialista en medicina general integral, que se desarrollan exitosamente en todo el país. Y para el año 2000 más de 20.000 médicos estarán prestando sus servicios integrales preventivos-curativos a la población en la atención primaria de salud.

Se han realizado grandes esfuerzos en la selección y preparación del personal de salud: en el cuatrienio se graduaron 7.697 médicos y estomatólogos y 297 licenciadas en enfermería. Se encuentran estudiando medicina 23.179 alumnos, estomatología 2.082 y licenciatura de enfermería 2.603. Se está desarrollando un nuevo plan de estudios de medicina orientado a la comunidad para formar el médico que esta necesita. En el quinquenio se han graduado 3.765 especialistas y se encuentran en el plan de especialización otros 5.672 médicos. Hay 65 politécnicos de la salud, 26 de los cuales son de enfermería. Se han graduado en el período más de 25.000 enfermeros.

El servicio rural ha sido revitalizado y la docencia extendida a los hospitales rurales. En el quinquenio 1981-1985 se construyeron 43 policlínicos y 12 clínicas estomatológicas, y más de 1.500 consultorios-viviendas para médicos de la familia. Ha habido también un incremento de 5.152 camas hospitalarias. El presupuesto de salud pública fue de más de 800 millones de pesos en 1985. Contamos con un médico por cada 443 habitantes, un estomatólogo por 1.864 habitantes y damos 5,9 consultas por habitante al año.

El desarrollo socioeconómico de nuestro país ha propiciado el mejoramiento del nivel de salud de la población. Pasamos a analizar algunos de los principales resultados alcanzados.

La esperanza de vida es de 75,2 años para las mujeres y de 71,3 años para los hombres. Todas las provincias del país tienen este indicador por encima de los 73 años.

La mortalidad infantil fue de 16,5 por 1.000 nacidos vivos en 1985; para los nueve primeros meses de 1986 era de 13,7. La mortalidad prenatal fue de 18,5 por 1.000 nacidos vivos; la mortalidad preescolar fue de 0,8 por 1.000 nacidos y la escolar, de 0,5 por 1.000 habitantes. La mortalidad materna fue de 3,1 por 10.000 nacidos vivos (50% menos que en 1980).

El programa de inmunización ha mejorado en el cuatrienio. El país se mantiene libre de poliomielitis, malaria autóctona, difteria, rabia humana y tétanos infantil. El resto de las enfermedades transmisibles están bajo control epidemiológico. Las enfermedades crónicas constituyen en el momento presente el principal problema de salud, por lo que se está

desarrollando gradualmente el programa de promoción de salud, orientado a la lucha contra el hábito de fumar, el sedentarismo, la obesidad y la hipertensión arterial. Se da prioridad a la atención integrada a la tercera edad.

En el período analizado, Cuba ha mantenido su colaboración internacional en cuestiones de salud con 29 países de Asia, Africa y América, mediante más de 3.000 trabajadores de salud en dichos países, de los cuales más de 1.530 son médicos. En el quinquenio 1981-1985 se graduaron de nuestras facultades 422 médicos y 67 estomatólogos de otros países.

En el campo de la cooperación técnica entre países en desarrollo, continuó en vigor el convenio de Cuba/OPS/Nicaragua, y en 1985 fue firmado otro acuerdo similar con México. Con amplia participación y repercusión internacional en 1983 tuvo lugar en La Habana el Seminario de Salud para Todos: 25 años de Experiencia Cubana, y en 1986 el Seminario Internacional de Atención Primaria de Salud, los que contribuyeron al intercambio de experiencias y al estrechamiento de relaciones entre los países de nuestra Región.

En Cuba se ha demostrado que es posible que la voluntad política de priorización y cambio se manifieste y materialice, que la acción intersectorial se planifique y se realice, que se aplique la tecnología apropiada, que la población participe activamente en la solución de sus problemas y que la equidad social resulte de la superación progresiva de las históricas diferencias en el derecho a la salud entre la ciudad y el campo, entre los diferentes grupos sociales y étnicos, entre los que dirigen el proceso productivo y los que lo ejecutan. Estos logros no nos producirían tan honda satisfacción si no hubiéramos sido capaces de ponerlos a disposición de los países que lo necesitaran, tal como lo hicieron los que nos ayudaron cuando más se los requeríamos. Este principio recoge en su espíritu la finalidad de nuestra Organización. Muchas gracias.

El PRESIDENTE: Muchas gracias, señor Delegado de Cuba. Realmente es muy interesante observar los progresos que ustedes han logrado en materia de salud, y eso nos induce a nosotros a tratar de emularlos en ese aspecto, ya que en países como Guatemala todavía andamos bastante mal en ese campo. Ahora le quisiera dar la palabra a la señora Teresa Albáñez, Observadora del UNICEF, antes de concluir la sesión.

STATEMENT BY THE OBSERVER FOR UNICEF  
DECLARACION DE LA OBSERVADORA DEL UNICEF

Sra. ALBANEZ (Observadora, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia): Señor Presidente, Señor Director General de la Organización Mundial de la Salud, Señor Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, señores delegados, señores observadores. Esta mañana el Dr. Mahler se refería a la crisis que afecta al sistema de la cooperación internacional, que calificó como crisis de confianza, más que de liquidez. Y

paradójicamente en estos momentos, en que parece que esta confianza flaqueara, se produce en la Región de América Latina y el Caribe una expresión de cooperación interagencial sin precedentes en términos de compromiso, eficiencia y respuesta a algunas de las necesidades prioritarias de la Región expresadas por los gobiernos y sus pueblos. Es cada vez más apremiante satisfacer estas necesidades en una Región severamente afectada tanto por la recesión como por las medidas de ajuste que se han introducido respondiendo a problemas y presiones internos y externos que han pauperizado a importantes sectores de las clases medias bajas de la Región y que han hecho recaer sobre los más pobres y vulnerables, los niños y las mujeres, la carga más pesada de la crisis.

Agradezco la oportunidad que me brinda esta XXII Conferencia Sanitaria Panamericana para referirme brevemente y precisamente a esa cooperación interagencial que conjuntamente hemos venido desarrollando la OPS y el UNICEF. Este esfuerzo solidario y de complementación nos está dando la oportunidad excepcional de compartir ideas, trabajos y recursos en apoyo de los gobiernos y los pueblos de la Región en su lucha cotidiana contra la muerte evitable, la enfermedad prevenible de los cientos de mujeres y niños de las zonas más pobres de la Región.

Hace tres años, en esta misma casa, suscribimos con el Director el memorándum de entendimiento entre el UNICEF y la OPS. La firma de este documento fue la culminación de una serie de contactos personales y de una reunión interagencial celebrada en Bogotá en agosto de 1983. Este documento, que nos hemos permitido reproducir con motivo de esta Conferencia, recoge los antecedentes y principios de ambas organizaciones y establece el marco de referencia para la cooperación entre la OPS y el UNICEF en la Región de las Américas. Este documento, cuya vigencia reafirmamos, establece también en forma general las líneas de acción y más específicamente identifica las áreas prioritarias de colaboración entre ambas organizaciones.

Con la OPS compartimos los principios de la estrategia de atención primaria de salud y la meta global de salud para todos en el año 2000; compartimos la responsabilidad de apoyo a los gobiernos y a los pueblos en el logro de mayores coberturas, efectividad y equidad en la prestación de los servicios, especialmente en la población materno-infantil, y estamos empeñados en apoyar acciones de salud concretas para controlar y evitar las consecuencias, muchas veces fatales, de las infecciones diarreicas, respiratorias y las prevenibles por vacunación. Estamos empeñados en la búsqueda de alternativas para reducir el impacto nutricional de estas enfermedades, asegurando así mejores oportunidades, no solo de sobrevivencia de nuestros niños, sino de un desarrollo psicoafectivo armónico.

Hace tres años identificamos y reconocimos las diferencias de estructura, de estilo de programación y, muchas veces, de enfoque entre ambas organizaciones, pero aceptamos que las especificidades y características particulares de cada una de las agencias no serían afectadas por la complementariedad de las acciones que estamos llamados a

realizar, estableciéndose mecanismos de cooperación y colaboración entre ambas instituciones, que ya han producido importantes resultados a nivel de países y de subregiones.

Esta cooperación no ha estado exenta de dificultades y problemas; sin embargo, han podido ser superados gracias a la convicción de la importancia que la misma representa para la solución de algunos de los problemas de la Región y gracias a este interés que estamos llamados a servir.

La función protagónica desempeñada por los gobiernos, especialmente en países como Nicaragua, Colombia, Cuba, Bolivia, El Salvador y Ecuador, por mencionar algunos, ha sido determinante en la armonización de esta cooperación, evitando la duplicidad de esfuerzos y las innecesarias confrontaciones de intereses institucionales. De especial relevancia ha sido el trabajo colaborativo tanto a nivel regional como subregional en apoyo de la aceleración del Programa Ampliado de Inmunización, la programación conjunta de acciones de control de las enfermedades diarreicas y de las infecciones respiratorias agudas, así como en materia de crecimiento y de desarrollo infantil. Es así como de manera conjunta hemos colaborado en la realización de cursos, seminarios y publicaciones y evaluaciones conjuntas. En noviembre de 1986 se celebrará la Quinta Reunión de Cooperación Interagencial, en la cual se hará una evaluación del progreso alcanzado en estas áreas y se programarán las acciones futuras. En el ámbito subregional, la formulación y la ejecución de los planes nacionales y subregionales de supervivencia y desarrollo infantil dentro del marco del Plan de Necesidades Prioritarias de Salud en Centroamérica y Panamá sometió a prueba los mecanismos de cooperación y sobre todo la voluntad de llevarlos a la práctica, superando muchas barreras y dificultades, y creo que hoy podemos decir que hemos salido airosos. La obtención de financiamiento para el área de supervivencia y desarrollo infantil ha permitido el desarrollo de una serie de acciones en todos los países del Istmo Centroamericano que empiezan a mostrar positivos resultados.

Vemos con mucho interés, señor Director, la iniciativa de la OPS de llevar a cabo un plan conjunto de cooperación con características subregionales en el área del Caribe, con apoyo a áreas de interés específico, entre ellas la salud maternoinfantil, la alimentación y la nutrición. La preparación actualmente en proceso de un plan de acción conjunta para los países del Área Andina entre la OPS y el Convenio Hipólito Unanue también la consideramos una iniciativa interesante.

Ratificamos aquí nuestro compromiso de apoyar el esfuerzo continental de inmunización universal de los niños y de la erradicación de la transmisión del virus salvaje de la poliomielitis en las Américas para 1990. El UNICEF ha estimado para esta Región una contribución de sus fondos regulares y de fondos provenientes de otras fuentes de aproximadamente US\$17 millones en apoyo al Programa Ampliado de Inmunización hasta 1990. Creemos que será posible alcanzar tanto esta meta como otras que se programan para 1990 y el año 2000 solo con la más



clara voluntad política de los gobiernos expresada a través de la activa participación de los varios sectores del gobierno comprometidos con la salud, los ministerios de salud, de educación y de bienestar, y de la comunidad representada por los organismos no gubernamentales y las organizaciones populares y de base colectiva y la participación de los medios de comunicación social.

Finalmente, señor Presidente, señor Director General de la OMS, señor Director de la OSP, señores Ministros, en una región afectada por la pobreza extrema o absoluta, o crítica, como se califica en nuestra geografía, región en la cual varios jefes de estado y de gobierno se han comprometido a llevar a cabo acciones para su limitación o erradicación, queremos señalar a la atención de esta asamblea que entre las expresiones de esta pobreza, las que producen mayor cuota de dolor y de desconfianza y se encuentran entre las principales causas de violencia, figuran precisamente la muerte evitable de los niños llamados a la vida, las enfermedades prevenibles por tecnología hace tiempo disponible y la desnutrición controlable. Ojalá que estas expresiones dolorosas de la pobreza, la cual afecta aproximadamente a una tercera parte de la población de la Región, reciban la consideración necesaria y esta se exprese en el tratamiento prioritario en los presupuestos nacionales de cada país en la distribución en las partidas de gastos en los presupuestos de salud y también en las asignaciones que esta Organización apruebe para sus programas de cooperación a sus países. Muchas gracias.

El PRESIDENTE: Muchas gracias, señora Directora Regional del UNICEF para las Américas. Nosotros queremos insistir en que esta cooperación interagencial ha sido muy importante para nuestros países. Centroamérica se ha visto beneficiada de esta situación. Antes de concluir, quisiera darle la palabra al señor Secretario, quien tiene algunos informes para ustedes.

The SECRETARY: I would like to announce that I will be here after the closure of this session and before the opening of the session tomorrow morning to take registrations for item 3.3. I would also like to remind all of you that we reconvene here tomorrow morning sharply at 9:00 a.m.

El PRESIDENTE: Se levanta la sesión.

The session rose at 5:55 p.m.  
Se levanta la sesión a las 5:55 p.m.

THIRD PLENARY SESSION  
TERCERA SESION PLENARIA

Tuesday, 23 September 1986, at 9:00 a.m.  
Martes, 23 de septiembre de 1986, a las 9:00 a.m.

President: Dr. Keith Simmons Barbados  
Presidente:

Later: Dr. Carlos Armando Soto Gómez Guatemala  
Después:

The PRESIDENT: Good morning, ladies and gentlemen. We are about to reconvene our meeting. Before we proceed to item 3.3, the Secretary has a number of announcements to make.

The SECRETARY: Thank you very much, Mr. President. I would like to ask you, distinguished Delegates, again this morning if you will please give your names before speaking on any of the agenda items; and also, to facilitate your being recognized, press the button once so that your microphone will be turned on after your country has been called by the Chair.

I would like to point out that this morning various documents have been distributed to your desks, so you should have them in front of you. Proposed Resolution PR/1, on the Annual Report of the Chairman of the Executive Committee, which will be considered at a subsequent plenary session; a revised List of Participants; and a document on Aedes albopictus in the Americas, issued as information document CSP22/INF/3. Thank you very much, Mr. President.

ITEM 3.3: REPORTS OF THE MEMBER GOVERNMENTS OF THE ORGANIZATION ON PUBLIC HEALTH CONDITIONS AND PROGRESS ACHIEVED IN THE INTERVAL BETWEEN THE XXI AND XXII PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCES  
(continued)

TEMA 3.3: INFORMES DE LOS GOBIERNOS MIEMBROS DE LA ORGANIZACION SOBRE LAS CONDICIONES DE SALUD PUBLICA Y LOS ADELANTOS LOGRADOS EN EL INTERVALO TRANSCURRIDO ENTRE LAS XXI Y XXII CONFERENCIAS SANITARIAS PANAMERICANAS (continuación)

The PRESIDENT: The distinguished Delegate of Costa Rica will now make his presentation.

Report of the Delegation of Costa Rica  
Informe de la Delegación de Costa Rica

Dr. MOHS (Costa Rica): Muchas gracias, señor Presidente. Mi Delegación desea, en primer lugar, felicitar al señor Director General de la Organización Mundial de la Salud por su brillante presentación de ayer, y al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana por su magnífico informe sobre las condiciones de salud en las Américas. Costa Rica, la más antigua democracia de América Latina, cumplirá 100 años de democracia dentro de un año. Ha tenido una experiencia interesante durante la crisis económica de los últimos años, ya que sus indicadores de salud no se han deteriorado y esto significa que, aunque la pobreza es indeseable, se puede proteger la salud básica de la población durante una crisis, si se le asigna una alta prioridad.

Veamos una diapositiva, por favor: podríamos quitar un poco la luz? En esta diapositiva, como ustedes pueden observar, la línea de arriba indica la severa crisis económica por la que pasó nuestro país y que todavía continúa vigente; sin embargo, en los gráficos de abajo se puede demostrar que la mortalidad infantil continúa disminuyendo durante la crisis, que bajó un 10% y que la mortalidad general se mantiene más o menos al mismo nivel. Luz de nuevo, por favor. Desde 1981-1982 hubo una enorme inflación, una brusca devaluación de la moneda y una caída del PIB, el cual, después de haber crecido a un 6,9% anual desde 1970, llegó a ser de menos 7,3% en 1982. Esta situación incidió en el gasto público que en 1981-1982 también sufrió disminuciones de 1,9% y 27% respectivamente, lo que afectó a su vez el gasto en salud, cuya reducción en 1982 ascendió al 9,7%. El fuerte proceso inflacionario afectó gravemente el poder de compra desde 1980 y 1982, produciendo una disminución del salario real promedio del 32%; sin embargo, la adopción de medidas sociales permitió que el salario mínimo solo sufriera una disminución del 7% entre 1980 y 1982, para alcanzar en 1985 un nivel del 13% superior al de 1980. El descenso de la mortalidad general, de 6,6 defunciones por 1.000 habitantes a inicios de la década, a 4,3 en 1985 se ha traducido en un incremento de la esperanza de vida al nacer, hasta 73,7 años. Como resultado se ha desplazado la patología hacia los grupos de edad intermedia y avanzada, y han cobrado mayor importancia las enfermedades crónicas y degenerativas. Las infecciones y parasitosis que al inicio de la década pasada ocuparon el primer lugar como causa de muerte y constituían poco más de la quinta parte de las muertes totales, en 1984 ocuparon el séptimo lugar, y se redujeron a un 3% en importancia relativa con respecto al total de las muertes.

Las enfermedades circulatorias, que actualmente son la primera causa de muerte, aumentaron su proporción en las defunciones, del 19% en 1970 al 29% en 1984. Los tumores se desplazaron del quinto al segundo lugar, y los traumatismos y envenenamientos pasaron del sexto al tercer lugar. El descenso de la mortalidad infantil permitió que, desde 1977, se superara la meta regional para el año 2000. Actualmente la mortalidad infantil es de 18 por 1.000 nacimientos y la mortalidad de niños de 1 a 4 años de edad no llega actualmente al 1 por 1.000, lo cual es una cifra inferior a la meta regional para el año 2000.

La incidencia de enfermedades prevenibles por vacunación presentó un descenso notorio durante el período 1975-1985, en la mayoría de ellas del 90% o más. La incidencia de enfermedades degenerativas ha aumentado así: Mientras en 1979 se registraron 131 casos de tumores malignos por 100.000 habitantes, en 1985 el registro fue de 143 por 100.000. En cambio el estado nutricional de la población ha continuado la evolución favorable iniciada desde 1975. La última encuesta nacional de nutrición realizada en 1982 muestra porcentajes bajos de desnutrición severa y moderada en la población menor de 6 años de edad, 4,1% según el indicador peso-edad, y solamente 1% de la población presenta un desgaste inferior al 80% en la ecuación del índice peso-talla. ¿Cómo explicar este fenómeno? Nosotros creemos que la respuesta es esencialmente una organización apropiada de los servicios de salud. En Costa Rica el sector salud está constituido por el Ministerio de Salud, el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados, el Seguro Social, el Instituto Nacional de Seguros y la Universidad de Costa Rica. En la práctica, la Seguridad Social concentra la mayoría de sus esfuerzos en el cumplimiento de las funciones de recuperación y de rehabilitación, mientras el Ministerio de Salud lo hace en la dirección política del sector, vigilancia epidemiológica, saneamiento ambiental y los demás servicios preventivos. La Seguridad Social es responsable de los niveles de atención hospitalaria, mientras que el Ministerio tiene la responsabilidad del nivel básico de atención y, por medio de sus programas de atención primaria, presta servicios en las comunidades y en los hogares. En la infraestructura hospitalaria se destaca la reducción del número de camas por 1.000 habitantes, que ha pasado de 4,0 en 1970 a 2,8 en 1985, lo que representa una reducción de camas del 30% en estos 15 años, siendo afectadas fundamentalmente las camas pediátricas y las de larga estancia por la clausura de centros hospitalarios especializados en lepra y tuberculosis que dejaron de ser necesarios.

En contraste se ha incrementado la infraestructura de atención ambulatoria y domiciliar. Los centros de salud del Ministerio aumentaron en el cuatrienio en un 10% y las unidades móviles se quintuplicaron. Los establecimientos básicos de atención primaria se mantuvieron durante el cuatrienio a pesar de la severidad de la crisis, y algo similar sucedió con los establecimientos del programa de nutrición. El número de clínicas dentales continuó aumentando, y se incrementaron especialmente las escolares y las de penetración rural.

Las acciones prioritarias durante el período 1982-1985 se realizaron dentro del marco de referencia del Plan de Acción de Salud del Plan Nacional de Desarrollo, orientadas hacia la solución de nuestros problemas prioritarios con carácter integral y con miras a la configuración de un sistema nacional de salud. Para facilitar el avance hacia este objetivo, fueron promulgados varios decretos ejecutivos y se inició a nivel local la integración funcional de servicios del Ministerio de Salud y la Seguridad Social para incrementar la eficiencia y bajar los costos de operación, alcanzando dicha actividad a 66 centros de salud, de un total de 88 con que cuenta el Ministerio. Dentro de los esfuerzos orientados a una mayor movilización de recursos para el sector se trabajó

intensamente en el Plan de Necesidades Prioritarias de Salud de Centro América y Panamá, en el capítulo correspondiente a Costa Rica, formulándose 57 proyectos en siete áreas prioritarias del plan. En las difíciles circunstancias en que fue necesario trabajar, cabe hacer un especial reconocimiento al apoyo recibido de la Organización Panamericana de la Salud en casi todos los campos de la actividad del sector. Este apoyo lo consideramos esencial para explicar los resultados aquí presentados y me complace mucho manifestarlo así en esta Conferencia. Muchas gracias, señor Presidente.

The PRESIDENT: Thank you very much for that report. And, I want to congratulate the Costa Ricans for riding the storm and improving on their health care.

I now recognize the distinguished Delegate of Nicaragua.

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

Cmdte. TELLEZ (Nicaragua): Señor Presidente, señores Ministros, Dr. Mahler, Dr. Macedo. No queremos referirnos con abundancia de cifras y estadísticas, demasiado conocidas, a la realidad actual de los países de América Latina y el Caribe. ¿Quiénes aquí no tienen presente la escalofriante cifra de la deuda externa, quiénes aquí no tienen presente las extraordinarias restricciones de nuestros países, quiénes aquí no saben la gravedad de la crisis económica que atenaza el Continente, quiénes no sabemos suficientemente lo que esas cifras, esas restricciones y esa crisis económica están significando para las perspectivas de desarrollo económico y social de nuestros países y para la aspiración de nuestros pueblos a una situación de bienestar simplemente humano? Por eso no queremos abundar en lo que es preocupación cotidiana de todos nosotros.

El sector salud de cada uno de nuestros países está siendo severamente afectado. Frente a las crisis, las prioridades se relativizan. No son posibles ya las grandes inversiones y el uso de la tecnología ultramoderna. Mantener los servicios de salud es cada vez más difícil y ampliarlos parece imposible. Si bien la solución a esta situación está vinculada a la posibilidad de construir un orden económico internacional justo, es necesario buscar en nuestros países la mejor forma de enfrentarlos.

Se impone indudablemente para todos nosotros un esfuerzo sostenido por abaratar los altos costos de los sistemas de salud, por convertirlos en entidades más eficientes y racionales en el uso de los recursos escasos, por la selección de estrategias adecuadas para la definición precisa de prioridades, por la elevación de la productividad y de la calidad en la prestación de los servicios, por el fortalecimiento y la organización adecuada de la prevención y la educación popular y por el impulso de esa gran fuente de éxitos que es la participación popular en

salud. Se impone un gran esfuerzo para evitar y corregir las distorsiones que, en nombre del desarrollo, se introducen a nuestro sistema de salud, ampliando y profundizando la dependencia y haciendo cada vez más compleja la solución a nuestros problemas. Se impone que logremos, en virtud de esa comunidad de intereses, mayor cooperación entre nuestros países, mayor unidad para abordar conjuntamente las dificultades. Centroamérica y Panamá han comenzado a caminar en esa dirección. No es un camino llano, pero es un camino correcto. Consideramos que el papel de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud es promover la búsqueda de alternativas nacionales viables y de la cooperación entre países que, en el marco de la estrategia de salud para todos, nos permitan enfrentar las consecuencias de la crisis económica y evitar lesiones profundas en la situación de salud de nuestros pueblos.

Señor Presidente, señores Delegados: Nicaragua sufre también por la crisis económica general. Esta crisis ha adquirido mayor relieve en el área centroamericana. No son ajenas a nosotros las limitaciones y restricciones que el resto de América Latina y el Caribe sufren. Entre los años 1982 y 1985 nuestro país no solamente se ha visto afectado por los problemas económicos. Desde el año 1982 sufrimos una agresión mercenaria que ha ido instalándose progresivamente. En este período hemos sufrido un bloqueo comercial y financiero. Nuestros puertos fueron minados, depósitos de combustible incendiados, más de 300 unidades de producción destruidas, más de 2.100 viviendas, 567 edificaciones, 11 centros de desarrollo infantil y 58 escuelas han sido también destruidos. Gran parte de nuestros barcos pesqueros han sido secuestrados, incendiados o hundidos por minas. La producción agrícola se ha visto seriamente afectada. Las pérdidas materiales que esa guerra mercenaria ha costado a nuestro país han sido calculadas en más de mil millones de dólares. Las pérdidas humanas han sido dramáticas: 34.072 nicaragüenses han sido víctimas de esa agresión mercenaria, 17.885 nicaragüenses han muerto, 8.613 han resultado heridos, 6.045 secuestrados, 250.000 han sido desplazados a otras zonas, hay 9.132 huérfanos de guerra, más de 80 nuevas comunidades han sido formadas por poblaciones desplazadas. Todo esto en un país que posee 3,4 millones de habitantes.

El sector salud ha sido afectado seriamente. Por efecto directo de la agresión mercenaria, 65 unidades han sido destruidas y 37 abandonadas por la situación de guerra. Cuarenta y dos trabajadores de salud han sido asesinados, 14 heridos, y 31 permanecen aun secuestrados por las fuerzas mercenarias. Los programas de salud preventivos y asistenciales se han visto afectados por la inaccesibilidad a determinadas zonas.

Los desplazamientos de la población y la conformación de nuevas comunidades incrementa la situación de riesgo epidemiológico y demandan la creación de infraestructuras mínimas de agua, vivienda, letrinas, puestos de salud, pequeños sistemas de recolección de desechos, etc. A pesar de que, del presupuesto nacional, el 14% es asignado al sector salud, muchos programas con componentes fuertes de divisas se han visto afectados. Constituye serios problemas de salud pública la atención a los lisiados e incapacitados por lesiones de guerra que son miles, una gran parte de ellos jóvenes de 18 a 25 años.

Finalmente, una nueva e importante causa de mortalidad se ha introducido a nuestro país, las muertes por acciones guerra. En este contexto, a pesar de la agresión mercenaria, de la crisis agudizada por la misma agresión, hemos tenido logros y enfrentamos grandes retos. Creemos necesario mencionar, como referencia importante, que hasta el año 1986 se han entregado casi tres millones de manzanas de tierras aptas para cultivos a 92.000 familias campesinas y comunidades indígenas. Que se han obtenido alzas en los servicios de agua a la población rural, que uno de cada tres nicaragüenses estudia en cualquiera de las vías de nuestro sistema educativo, que el seguro social se ha ampliado en forma importante y está cubriendo la parte del área rural del país, todo esto como elementos indicadores del abordaje integral que nuestro Gobierno da a la salud del pueblo.

Por su parte, el sector salud ha avanzado. Se ha experimentado una amplia extensión de cobertura en relación a la alcanzada durante el somocismo. Se ha asumido la estrategia de atención primaria como eje de la acción de salud, y el programa ampliado de inmunizaciones figura como uno de sus elementos centrales. Nicaragua ha suscrito la estrategia elaborada por la Región de las Américas para erradicar la transmisión del virus salvaje de la poliomielitis hasta 1990, por la cobertura completa de vacunación. De hecho, el último caso comunicado en Nicaragua data de diciembre de 1981. De difteria únicamente han sido comunicados dos casos en 1985. En marzo de 1985, una inexplicable epidemia de dengue, con presencia de serotipos 1 y 2, se presentó en nuestro país. Pusimos en marcha un programa de control de Aedes aegypti que ha permitido reducir en este período, en forma efectiva, los índices de infestación del vector. En el período se han reducido prácticamente a la mitad el número de casos de malaria, pero por la amplia movilización de la población acrecentada por la guerra, el fenómeno se ha extendido a gran parte del territorio nacional. Esperamos impactar más en este problema a partir de la estrategia de estratificación de la malaria. El número de consultas por habitante se mantuvo desde 1982; el índice propuesto en el Plan Decenal de Salud para las Américas era de 2.0. El número de egresos hospitalarios ha decrecido ligeramente de 82 a 85, es decir de 6,7 a 6,1 egresos por 100 habitantes.

Si hemos tenido dificultades en la atención del parto institucional, hemos avanzado en la cobertura con el auxilio y el trabajo de las parteras empíricas. Todo el esfuerzo ha requerido el incremento de recursos humanos en el sector, y en este período hemos comenzado a obtener los primeros frutos de la política trazada en términos de la formación de profesionales, técnicos y auxiliares de salud. En este período también se concluyeron cinco hospitales, los cuales iniciaron operaciones incrementando en más de 1.000 camas en lugares estratégicos del país. De igual forma, en atención primaria se incrementaron más de 57 unidades en el período, esto restando las 102 unidades destruidas o cerradas por acción de las fuerzas mercenarias.

Si grandes han sido los éxitos, grandes son los retos. Para garantizar la soberanía del país nos hemos visto obligados a destinar

gran parte de nuestros recursos a la defensa. Nuestro Gobierno se ha planteado la política de la sobrevivencia económica y el esfuerzo principal de nuestro pueblo para derrotar la agresión extranjera como tareas fundamentales. El sector salud se ha planteado un esquema de sobrevivencia que permita consolidar lo alcanzado, contener el deterioro del nivel de salud de la población, y enfrentar los problemas epidemiológicos y los producidos por la guerra. Para esto es necesario una óptima utilización de los recursos humanos y materiales disponibles, ajustar la organización del sistema de salud, hacerlo más funcional, más productivo, más eficiente y más articulado con la comunidad y sus organizaciones. Tenemos la confianza de poder enfrentar los problemas y los retos. Hace cuatro años Nicaragua presentó ante la XXI Conferencia Sanitaria Panamericana los primeros resultados de su esfuerzo por reconstruir el país. Habíamos atravesado una guerra impuesta por la dictadura somocista, y nuestro pueblo trabajaba para salir adelante venciendo el atraso y la miseria. Dijimos entonces que, por haber conocido la guerra, somos amantes de la paz; esa paz tan preciada para nosotros y tan necesaria duró poco, de nuevo se ha vuelto a imponer la guerra a nuestro pueblo y a nuestro país, esta vez de mayores dimensiones que la anterior. La Corte Internacional de Justicia de La Haya ha señalado en su fallo lo inexplicable de la política agresiva de los Estados Unidos de América y ha ordenado al Gobierno de ese país que cese toda actividad contra Nicaragua y que indemnice al Estado de Nicaragua por los daños causados. Nicaragua necesita la paz, por eso hemos llamado al Gobierno de los Estados Unidos de América a rectificar su política agresiva contra nuestro país, a acatar la sentencia de la Corte y a reiniciar el diálogo con Nicaragua. La paz, señor Presidente, es el derecho a la vida, es el derecho al bienestar, es el derecho a la salud. Muchas gracias.

The PRESIDENT: Thank you very much. I think, if I were presumptuous enough, I would say that the theme of your presentation was cooperation, which is the bedrock of this Organization.

I recognize Chile.

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

Dr. SCHUSTER (Chile): Señor Presidente, señor Director General de la OMS, señor Director de la OSP, distinguidos Delegados de los Países Miembros, representantes de otras organizaciones, señoras y señores. Antes de iniciar mi exposición deseo agradecer al señor Director su claro y objetivo informe cuadienal, cuyo contenido interpreta fielmente las inquietudes que la Delegación de mi país tiene respecto a los problemas de salud más relevantes que afectan la Región de las Américas. Al reunirnos en esta XXII Conferencia Sanitaria Panamericana, nos impulsa el deseo de examinar los avances en pos de nuestra meta común, de conocer los progresos obtenidos en este cuatrienio y de analizar y compartir las soluciones que cada País Miembro ha aplicado para resolver sus problemas de salud que no son comunes.



Deseo reiterar en esta ocasión el logro de la meta de salud para todos. No es independiente del desarrollo económico general de los países, sino parte integrante de él, lo que, en las difíciles circunstancias que plantea la crisis económica mundial del período, nos exige no solo objetividad y racionalidad en los planes y programas, sino también mayor eficiencia en el empleo de los recursos y en la selección de las técnicas, tanto para distribuir con mayor nitidez los servicios de salud pública de la población como para hacer llegar las acciones de salud en forma oportuna, eficaz y humana a quienes más las necesitan. Esta realidad nos obliga a estar especialmente conscientes del escenario en que las relaciones económicas sanitarias se desenvuelven, estar atentos a la evolución de la estrategia de atención primaria, como instrumento válido para el logro de salud para todos y, en forma muy especial, para desarrollar y reforzar un espíritu de mayor solidaridad internacional.

El Gobierno de Chile, a través del Ministerio de Salud, ha continuado en este cuatrienio el cumplimiento de la Constitución política de 1980, que en uno de sus artículos señala que el Estado cautelará el libre e igualitario acceso a las acciones de protección y recuperación de la salud y rehabilitación del individuo, así como la libertad de elegir el sistema estatal o privado al cual este desee acogerse. Frente a este concepto, es necesario, sin embargo, tener presente que, mientras avanza la ciencia biológica y médica, junto al desarrollo y progreso del país, y se alcanza un mayor nivel de salud de la población, surge como consecuencia la necesidad del ejercicio pleno de este derecho por el hombre.

Es así como, considerando la salud como el estado de bienestar físico y psicológico del individuo y de la sociedad en que vive, el Gobierno de mi país ha orientado su política a lograr el desarrollo integral de este individuo a través de acciones, especialmente de fomento y protección, ejecutadas por un sistema mixto de salud, en donde confluyen con sus recursos e iniciativas el Estado y el sector privado.

Por otra parte, para ir logrando un sistema mixto de salud suficientemente sólido, el Estado ha creado los mecanismos necesarios para incentivar el desarrollo del sector privado, buscando en él no solo un valioso elemento de complementación, sino un elemento para compartir además la ejecución de las acciones de salud que la Constitución le fija como responsabilidad irrenunciable.

Se logra de esta manera que el Estado, de acuerdo a su papel subsidiario, asuma plenamente la responsabilidad de la atención de la salud integral de la población con menores recursos, así como también de las comunidades ubicadas en áreas geográficas en donde no existe posibilidad de interés por parte de sectores privados o intermedios para hacerlo.

En este sentido, el Estado ha promovido especialmente durante el período 1982-1985 el desarrollo de un subsistema de previsión de salud privada integrado por instituciones de salud previsional, que garantizan

a cada individuo el ejercicio de la libre elección para optar, en la atención de salud, entre este subsistema o el subsistema Estatal. De esta forma, hoy día más de 700.000 personas se han integrado libremente a estas organizaciones, que están sujetas en último término a las normas y al control del Ministerio de Salud, de manera que se garantice la calidad de la salud que reciben sus usuarios. Junto a la iniciativa de estos organismos y durante el último año que comprende el período de este informe, se materializó una nueva Ley de prestaciones de salud, que representa una nueva fase de administración del sector y que viene a completar la reestructuración que este experimentó a partir de 1979 y de la que mi país dio debida cuenta en el informe presentado en la Conferencia Sanitaria Panamericana en 1982.

Es conveniente destacar que esta Ley establece un régimen uniforme de aplicación a todos los trabajadores, cualquiera sea su calificación, régimen y situación previsional. Los que reciben un aporte estatal, que es inversamente proporcionado a sus ingresos, estableciéndose gratuidad total para los indigentes y quienes tienen rentas bajas, y un aporte no inferior a un 50% del valor de la prestación para aquellos trabajadores con mayores ingresos.

Podemos concluir, por lo tanto, que en Chile existe hoy día un sistema mixto de salud, en donde el Estado entrega acciones de fomento y de protección a todos los habitantes a través del Sistema Nacional de Servicios de Salud y de recuperación de rehabilitación a los trabajadores activos y pasivos afiliados a instituciones de previsión públicas y privadas, a los cónyuges e hijos menores de 15 años, a los indigentes y a los escolares de la enseñanza básica y media.

Otro aspecto importante de la política de salud de mi Gobierno, que ha adquirido particular énfasis durante este cuatrienio, es el impulso que se ha dado a la descentralización administrativa del sistema nacional de servicios de salud, a través del esfuerzo y refuerzo de la regionalización y del traspaso programado de establecimientos de atención primaria de salud, como postas rurales, a la administración municipal, manteniéndose el control y la supervisión técnica por parte de los servicios de salud.

En esta forma se busca lograr, por un lado, una ampliación de la cobertura y la focalización de la atención a la población más expuesta a riesgo, y por otro la posibilidad real de una activa participación comunitaria.

Señor Presidente, deseo aprovechar esta ocasión para destacar el hecho de que, a medida que mejoran las condiciones económicas, sociales, culturales, asistenciales y de previsión de la población de un país, lo que se materializa en los niveles de educación, de saneamiento básico y de vivienda, es posible observar cambios, a veces espectaculares, en los indicadores demográficos. Ellos reflejan de una manera más fiel el desarrollo integral que dicho país ha alcanzado. En este aspecto, cabe mencionar la consolidación del progreso que mi país ha venido mostrando

durante los últimos 12 años, a pesar de la crisis económica que ha sufrido América Latina en los últimos cinco años y de la cual no hemos estado ajenos.

Este progreso se ha podido lograr, entre otras cosas, gracias al esfuerzo que el Gobierno ha hecho en el gasto social, según lo expresa un reciente informe del Banco Mundial, titulado "Pobreza en América Latina, el Impacto de la Depresión".

En dicho informe, el Banco Mundial expresa que mi país ha enfrentado con éxito esta difícil situación, al ajustar el gasto gubernamental a los grupos con mayores ingresos, focalizándolo hacia los más pobres y proveyéndoles en esta forma de los servicios sociales que ellos necesitan con mayor urgencia, para poder enfrentar sin consecuencias graves la crisis económica que en estos momentos los afecta en forma especial.

Termino, señor Presidente, mi intervención, informando a esta Conferencia de algunas cifras recientes sobre los indicadores biomédicos más relevantes de mi país. Es así como el descenso sostenido de la mortalidad infantil observado en los últimos 25 años llegó en 1985 a la cifra de 19,5 por 1.000 nacidos vivos, la mortalidad materna a 4,4 por 10.000 nacidos vivos y la atención profesional del parto al 90%. Este enorme avance del nivel de la salud de la población se ve reforzado por el descenso importante de la morbilidad por enfermedades transmisibles, entre las que se cuenta la ausencia de poliomielitis por virus salvaje desde 1975; todo ello está reflejando por un lado el éxito de la política de salud de mi Gobierno, que ha venido sostenidamente aplicando, y por otro, el progreso integral que el país ha experimentado durante los últimos 12 años.

Al respecto, mi Gobierno desea dejar especial constancia del permanente apoyo que ha recibido de la OPS, sobre todo durante este último cuatrienio, que se ha materializado particularmente en aspectos como el desarrollo de recursos humanos, la instalación y modernización de laboratorios de control y de referencia nacional, y el perfeccionamiento del control de las infecciones intrahospitalarias, entre otras. Este apoyo, Señor Presidente, tan valioso, ha venido a robustecer los esfuerzos que mi país ha hecho para evitar que el impacto de la crisis económica mundial pueda afectar el nivel de salud de la población. Señor Presidente, los resultados obtenidos por mi país, especialmente en este cuatrienio, fruto del esfuerzo desplegado por todos los chilenos y del apoyo de la OPS, junto a la firme convicción de que avanzamos en la dirección correcta, nos hace mirar con optimismo el futuro y a reafirmar el compromiso de Chile de cumplir con la meta de la OMS/OPS de alcanzar salud para todos en el año 2000. Muchas gracias, señor Presidente.

The PRESIDENT: Thank you very much, and I think we should now take the last report for this morning's session. El Salvador.

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

Dr. VALDEZ (El Salvador): Señor Presidente, señor Director de la Organización Mundial de la Salud, señor Director de la OSP, señores Ministros y Delegados. Aunque mi informe no es muy halagador, como los que hemos oído, creo que tenemos la obligación de decir la verdad, y es en ese sentido en el que los datos podrán parecer un poco duros, pero así son. La situación actual de salud de mi país continúa siendo inadecuada, pudiendo resumirse así: tenemos una alta mortalidad infantil, una alta mortalidad proporcional en menores de cinco años, y una mortalidad general del 6,1 por 1.000. Además de eso, la demanda de los servicios de salud actualmente es insatisfecha, y tenemos una estructura epidemiológica dominada por enfermedades transmisibles, entre ellas la más importante el parasitismo intestinal, la diarrea, la gripe, el paludismo, la disentería amebiana.

Los factores condicionantes de esta situación de salud son los siguientes: una población joven--el 48% de la población es menor de 15 años; una desnutrición del 54% en el grupo menor de cinco años; un medio ambiente totalmente hostil; solo el 56,5% de toda la población tiene acceso al servicio de agua potable, y en el área rural solamente el 41,6%. En cuanto a excretas, solo el 55,7% de toda la población tiene servicio de excretas y en el área rural, únicamente 32%. Tenemos una inadecuada disposición final de las basuras, una educación en salud insuficiente y deficiente, producto del analfabetismo, que llega al 40% de toda la población, y un proceso histórico estructural condicionante fundamental de todo lo anterior.

Esta situación de salud se agrava porque actualmente tenemos un sistema cuyas características son: inadecuado e ineficaz, puesto que no ha podido resolver los problemas de salud de la mayoría de la población salvadoreña; una injusta distribución de los recursos, puesto que estratifica la atención de salud; una franca diferenciación de clases sociales en la población, y una multiplicidad institucional que repercute en la ausencia total de planificación estratégica de todo el sistema, que permita participar a la instancia jerárquica imponiendo direccionalidad única al proceso de planificación y que permita participar a la instancia de base en la identificación de sus necesidades.

Tenemos una inadecuada e irracional utilización de los recursos, y un proceso histórico estructural condicionante de todo el sistema de salud. El Plan de Necesidades Prioritarias de Salud en El Salvador se ha venido implementando desde 1983, y ha sido concebido como un esfuerzo además de las actividades y programas regulares que ya se están desarrollando, pero para el logro de sus objetivos es necesario realizar acciones de mayor envergadura, tanto en el tiempo como en el ámbito del territorio, apoyándose para ello en tecnología apropiada, la participación comunitaria y una coordinación intra- e interinstitucional, sobre todo entre las mayores instituciones del sector salud, como son el Ministerio de Salud y el Instituto Salvadoreño de Seguro Social.

El Plan comprende las siete áreas que fueron concebidas como prioritarias, no solo para el país, sino también dentro del área de Centroamérica y Panamá y, últimamente, también para Belice. El Plan ha recibido el apoyo político necesario tanto por el Despacho que me honro en presidir, como por el señor Presidente de la República, a través de declaraciones, participación en actividades y ratificación de firma de convenios y/o cartas de entendimiento. Desde su inicio se mantienen vigentes las siete áreas que son: fortalecimiento de servicios de salud; recursos humanos; medicamentos esenciales; mejoramiento de la situación alimentaria y nutricional; enfermedades tropicales; supervivencia infantil, y fortalecimiento de los programas de agua potable y de saneamiento. En total son 54 proyectos, dirigidos en su mayoría a los niños, las madres y el medio ambiente hostil. Con fines prácticos, se han jerarquizado las prioridades en tres categorías de acuerdo con criterios políticos, económicos, de cobertura y de compatibilidad con planes de desarrollo. El 76% son prioridad uno, el 20%, prioridad dos, y el 4%, prioridad tres. El monto total de los proyectos asciende a US\$335 millones, de los cuales el 80% corresponde a fondos externos y el 20% a contrapartida nacional. Se han captado US\$64 millones, equivalentes al 33% del monto total.

En el área de fortalecimiento de los servicios de salud se procede a la remodelación del Hospital Rosales, el mayor en complejidad y recursos humanos, para cuya primera etapa se cuenta con US\$10 millones para construcción de quirófanos y unidades de emergencia. Se ha construido y dotado un bioterio para la elaboración de vacuna antirrábica de cerebro de ratón lactante, cuya producción se iniciará a corto plazo. También hay grandes probabilidades de obtener financiamiento del Banco Interamericano de Desarrollo para la sustitución del hospital de Sonsonate. Se han construido centros de salud como el de Suchitoto, se están remodelando oficinas a nivel central para adecuarlas, y lagunas de tratamiento para el Hospital Neumológico.

En cuanto a fortalecer la capacidad operativa para la extensión de la cobertura, se ha llegado al inicio de la tercera fase de la descentralización administrativa, como apoyo a la regionalización de las actividades de salud. Se encuentra en ejecución la implementación del sistema de computadorización y el desarrollo del sistema de mantenimiento. En recursos humanos, el proyecto de educación continuada en áreas prioritarias está siendo apoyado por el de supervivencia infantil. El segundo proyecto de formación de personal en salud pública se ha presentado al Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo para iniciarlo en marzo de 1987. En medicamentos esenciales, se ha creado dentro del Ministerio la Unidad de Medicamentos, se firmó un convenio con la Agencia Internacional para el Desarrollo, y se han contratado empresas privadas para que, conjuntamente, desarrollen e implementen el sistema integral del manejo de medicamentos e insumos médicos. Adicionalmente, se participa en actividades programadas, ya en segundo año consecutivo, en el proyecto subregional de medicamentos esenciales, ejecutado por convenios OPS/AID.

En el mejoramiento de la situación alimentaria y nutricional, se han presentado los proyectos a varios organismos internacionales, pero aun no tienen financiamiento. En enfermedades tropicales se incluye el refuerzo de nuestra lucha antimalárica y la correspondiente al vector Aedes aegypti. A través del Fondo Salvadoreño para Estudios de Preinversión, se han logrado recursos para el estudio de preinversión en el drenaje de esteros y lagunas, como un medio de controlar los criaderos del vector y la factibilidad de su control en fase acuática. La infraestructura del primer proyecto en ese sentido ha motivado el interés de la AID para su ejecución y otros proyectos están en igual circunstancia con el BID.

En supervivencia infantil, como en todas las áreas anteriores, se continúa el refuerzo del programa de atención integral del niño menor de cinco años y de la madre, como binomio vulnerable a las enfermedades y la muerte. El área es nuestra bandera insignia, por todos los logros obtenidos y el avance en la ejecución de sus programas. En el crecimiento a nivel regional, los equipos integrados por pediatras, obstétricas y enfermeras están realizando capacitación con el personal de todo el nivel, y a su vez supervisan a los subdesarrollados; en lactancia materna funciona un banco de leche en el hospital de maternidad, el cual sirve de centro de adiestramiento para personal de otros centros hospitalarios del país. En el refuerzo del programa de control de enfermedades diarreicas con rehidratación oral, en el presente año se ha extendido el programa SEDRO a todo el país, implantando locales apropiados con internamiento conjunto madre y niño y capacitación del personal de todos los niveles de atención. En el presente año, y con fines de sentar bases firmes para el diagnóstico de la situación actual, se realizaron tres jornadas nacionales de vacunación con participación de la comunidad y otras instituciones gubernamentales, y en el momento de este informe el número de casos de poliomielitis y difteria hasta lo que va de este año es de cero.

En el refuerzo de control e infecciones respiratorias agudas en menores de cinco años, el problema era atendido por demandas y sin otro control y norma que el criterio médico. El propósito de reforzarlo es en el sentido normal delinear procedimientos y crear conciencia tanto a los ejecutores del programa como a las madres. Hay que reforzar la utilización intensiva de medios de comunicación social para la difusión del plan de supervivencia infantil y lograr una transferencia de conocimientos en la prevención y autocuidado de la salud.

El 25 de diciembre de 1985 entró en vigencia el préstamo del BID de US\$21 millones para el financiamiento de la tercera etapa del programa de acueductos rurales. En enero de este año se inició el programa de cooperación técnica con el PNUD para el suministro de agua potable a poblaciones afectadas. La administración nacional de acueductos y alcantarillados, a su vez, firmó un contrato de préstamo con el BID para dos proyectos, para mejorar el sistema de abastecimiento de agua potable y para la optimización de la distribución del área metropolitana salvadoreña, y proyectos para abastecer de agua potable al área metropolitana de El Salvador.

En síntesis, estos son los logros obtenidos, en cuya ejecución se sigue con un ritmo acelerado y entusiasmo creciente por la mística que los trabajos de salud en nuestro país tienen e imparten a la población. Muchas gracias.

The PRESIDENT: Thank you. I must say that when you started I thought there was no hope, but significant progress has been made, and we wish you all the best for the future.

Before we break, I want to recognize the presence of the Minister of Health of Portugal, Dr. Leonor Beleza, and also of the Ambassador of Portugal, Dr. João Pereira Bastos. Welcome to our conference.

Ladies and gentlemen, we are now going to break for half an hour, until 10:30, and when we return we shall have the election of the Director of this Organization.

The session was suspended at 10:00 a.m. and resumed at 10:35 a.m.  
Se suspende la sesión a las 10:00 a.m. y se reanuda a las 10:35 a.m.

Dr. Soto Gómez (Guatemala) took the Chair.  
El Dr. Soto Gómez (Guatemala) pasa a ocupar la Presidencia.

- ITEM 3.4: 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 3.4: ELECCION DEL DIRECTOR DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA Y NOMBRAMIENTO DEL DIRECTOR REGIONAL DE LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD PARA LAS AMERICAS

El PRESIDENTE: Vamos a continuar con la tercera sesión plenaria. El tema 3.4 corresponde a la elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y nombramiento del Director Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas, Documento CSP22/4. A continuación vamos a dar la palabra al señor Secretario, que se referirá al procedimiento y dará lectura a la lista de países para determinar si hay quórum.

The SECRETARY: I would like to refer you to the applicable articles, rules and procedures for the election of the Director of the Bureau, presented in Document WP/1 which was distributed yesterday as part of the report of the General Committee, and which you accepted during yesterday afternoon's plenary session. Under these procedures, for the purpose of verifying the quorum I will read the list of participating countries that have been accredited at this XXII Pan American Sanitary Conference to date, in English and in alphabetical order, and I will ask the head of the delegation or a member of the delegation to reply "present" if you are present: Antigua and Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belize, Bolivia, Brazil, Canada, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, Ecuador, El Salvador, France,

Grenada, Guatemala, Guyana, Haiti, Honduras, Kingdom of the Netherlands, Mexico, Nicaragua, Panama, Paraguay, Peru, St. Kitts and Nevis, Saint Lucia, St. Vincent and the Grenadines, Suriname, Trinidad and Tobago, United States of America, Uruguay, and Venezuela.

Mr. President, there is a quorum, there being 35 Member Countries present.

Dr. VILLEDA BERMUDEZ (Honduras): Señor Presidente, señores Delegados, Dr. Mahler. Se me ha confiado una honrosa y delicada misión: los Ministros de Salud de Centro América y de Panamá, por mi intermedio, manifiestan en esta solemne sesión su deseo de que el Dr. Carlyle Guerra de Macedo sea reelecto como Director de la Organización Panamericana de Salud. Su candidatura ha sido postulada por el ilustre Gobierno del Brasil y sus datos biográficos son tan conocidos después de su obra que constituiría una falta de delicadeza de nuestra parte considerar en este momento su representación.

En marzo de este año, durante la reunión de Ministros de Salud de Centro América en San Salvador, con motivo del nuevo plan de supervivencia infantil para la subregión, acordamos suscribir un documento en el que dábamos nuestro reconocimiento y nuestro respaldo al Dr. Carlyle Guerra de Macedo por la maestría con que había cumplido su misión. Esta intención fue ratificada el pasado mes de agosto en la ciudad de Tegucigalpa, durante la segunda reunión del sector salud de Centro América y Panamá. Los centroamericanos tenemos especiales razones para agradecer y felicitar al Dr. Guerra de Macedo. Ha sido gestor fundamental para que se mantenga como una realidad el lema de salud como puente y como fuente de paz y solidaridad y entendimiento en nuestra agitada región, que vive un clima de tensiones muy grandes y sumamente difíciles de manejar. La armoniosa organicidad lograda en el área de la salud es tal vez la razón más importante de que nuestros países deseen que el Dr. Guerra de Macedo continúe en estos próximos cuatro años en la dirección de la Organización Panamericana de la Salud, como una garantía de paz y concordia. Cuando se vive el dolor del saldo de un enfrentamiento bélico, cuando se contemplan, como aquí en Washington, los nombres de los heroicos veteranos de la guerra de Viet Nam que desaparecieron en la misma, grabados en placa de mármol, entonces se siente, se entiende mejor por qué hay que apoyar a los hombres que hacen esfuerzos por las soluciones pacíficas. Pero también para los otros países del Continente, para todos, un Director que se ha especializado en diferentes áreas de la planificación y que tiene una considerable experiencia profesional en programas de coordinación y de desarrollo, es bueno y seguirá siendo bueno. Nuestro respaldo a la candidatura del Dr. Carlyle Guerra de Macedo como Director de la Organización Panamericana de la Salud para el período 1987-1991 se debe a que nos ha demostrado que sus conocimientos y su sensibilidad nos pueden producir a todos entendimiento, seguridad y bienestar. Muchas gracias.



El PRESIDENTE: Muchas gracias, Delegado de Honduras. Le ofrezco la palabra al Delegado del Ecuador.

Dr. BRACHO-OÑA (Ecuador): Señor Presidente, señor Director General de la OMS, señores miembros de la Mesa Directiva, distinguidos Delegados. Quiero unirme de todo corazón a esta tesis de la reelección del Dr. Carlyle Guerra de Macedo. Creo que las instituciones, señor Presidente, se hacen a base de hombres, hombres visionarios que van dejando jirones de existencia a lo largo del servicio a la comunidad. El Dr. Carlyle Guerra de Macedo es un hombre con una extraordinaria inteligencia y un gran sentido de humanismo, que ha traducido realmente los ideales de toda esta América nuestra. Queremos que las banderas americanas flameen siempre libres de todo temor de la enfermedad y de la miseria, para que con la visionaria expresión de un Director admirable, como es el Dr. Guerra de Macedo, sigamos marchando al mismo ritmo, sin importarnos las diferencias políticas, que son tan mínimas las que nos separan y tan inmensas las proyecciones que nos unen, en esta extraordinaria función de tratar de darle al hombre americano un poco más de razón de existir. Señor Presidente, uniéndome al mensaje que mi colega nos ha dado, quiero sugerir además que, en mérito a la labor de un hombre que ha sacrificado los mejores años de su vida en esta hermosa misión, le reelijamos, pero le reelijamos por aclamación. Gracias.

El PRESIDENTE: Muchas gracias, señor Delegado del Ecuador. Le doy la palabra ahora al Delegado de Guyana.

Dr. VAN WEST-CHARLES (Guyana): Mr. President, Dr. Mahler, Honorable Delegates. I am honored to be allowed to speak on such an important agenda item as the election of the Director of the Pan American Sanitary Bureau. It is also a distinct pleasure, privilege and honor for me to have been asked by my colleagues representing the English-speaking Caribbean Community to reflect their sentiments and their will on this event. I speak on behalf of the Member States of the Caribbean Community present here today: Antigua and Barbuda, Barbados, the Bahamas, Belize, Dominica, Guyana, Grenada, Jamaica, Saint Lucia, St. Vincent and the Grenadines, St. Kitts and Nevis, and Trinidad and Tobago.

Mr. President, we speak on behalf of the candidature of Dr. Carlyle Guerra de Macedo to the office of Director of the Pan American Sanitary Bureau. If time permitted, we would have enumerated the myriad ways in which Dr. Macedo has been of assistance to us in the Caribbean in conceptualizing and delivering programs of health care for our peoples. Most succinctly put, under his direction the Pan American Health Organization is now a partner in the developmental dynamics of the health sector in the English-speaking Caribbean. On an occasion like this, however, we would confine our presentation to recording our views on the quality of his performance during his past term as Director.

We recall with great satisfaction the contribution he has made to the activities and performance of this Organization in discharging its role as advocate as well as facilitator of health care for the peoples of

the Americas. Under Dr. de Macedo's leadership--inspiring in its effect, untiring in its dedication, inimitable in its style--our aspirations in health have been elevated and our achievements enhanced. He has enlarged our understanding of the health needs of our peoples and strengthened our commitment to satisfying them. He has generated amongst us an empathy for the health conditions of those millions who have yet to enjoy access to the most basic health services, and he has challenged us to strive to achieve high levels of international cooperation in order to rapidly ameliorate that condition. He has relentlessly pursued the goal of health for all by the year 2000, and has given us hope that it is achievable in spite of the inauspicious economic conditions with which we are almost all afflicted.

Under his direction we have learned more and tried much harder to squeeze the maximum output from our limited resources and, therefore, to increase the effectiveness of our programs of health care. At the same time, he has encouraged our recognition of how relevant is the provision of health care to the social and political dimensions of the life of our communities. In the course of discharging his hemispheric responsibility, he has succeeded in reminding us always of the fact that the *raison d'être* of this Organization, and indeed of the portfolio which we represent, is the provision of health care for the well-being of the people, in their homes and in their communities. We have not been allowed to lose sight of the ultimate objective. One cannot forget his enunciation of the mission statement for this Organization reflected in three basic guiding principles, namely: mobilization of resources, management of knowledge, and the concept of health as a "bridge of peace." Indeed, the Organization has given effect to these principles in the most palpable manner, witnessed in the delivery of its technical cooperation programs in the Americas. This approach is exemplified in the remarkable crusade of health as a "bridge for peace" in the Central and Latin American subregions and in the more recent development of a framework for health in the Caribbean subregion.

Mr. President, the 12 Member States of the English-speaking Caribbean Community consider that Dr. Carlyle Guerra de Macedo is eminently suited for re-election as Director and we declare our unreserved and unanimous support for his candidacy.

El PRESIDENTE: Muchas gracias, señor Delegado de Guyana. Le doy la palabra ahora al Delegado de los Estados Unidos de América.

Dr. KOOP (United States of America): It is my pleasure, on behalf of the Government of the United States of America, to join in the support for the re-election of Dr. Carlyle Guerra de Macedo. I believe that Dr. Macedo's first term as Director has shown all of us his very strong interest in making this Organization operate with greater efficiency and effectiveness. He wants more health resources to be made available at the places where they are most needed and he wants to do that without placing an unreasonable burden on the Member States. I believe these

goals coincide with the goals of all PAHO Member States. My Government looks forward to working with Dr. Macedo in pursuit of these goals for another four years.

El PRESIDENTE: Gracias, señor Delegado. El Delegado del Brasil tiene la palabra.

Dr. SANTOS (Brasil): Senhor Presidente, demais membros da mesa diretora dos trabalhos, senhores membros delegados, senhoras e senhores: a delegação brasileira deseja manifestar o seu júbilo ao ouvir sucessivas manifestações de apoio à candidatura que foi lançada pelo governo do Brasil. A unanimidade dessas manifestações reflete igualmente a elevada qualidade do candidato, Dr. Carlyle Guerra de Macedo, representando nesta Organização o Brasil. Uma das lutas da nossa geração tem sido em favor da atenuação das grandes diferenças em condições de vida, de ordem regional e de ordem social. Embora todos estejamos na luta pela sua atenuação, temos de reconhecer a sua existência nas Américas e também no meu país, o Brasil. Essa circunstância terá dado ao Dr. Carlyle Guerra de Macedo a experiência da região de onde provém, da região nordeste do Brasil, que é uma região pobre, e também a experiência para enfrentar a elevação desses indicadores de saúde a nível correspondente ao dos países mais ricos, de modo a atenuar essas diferenças. A experiência brasileira sem dúvida lhe serviu para que num posto internacional da maior relevância trabalhasse no mesmo sentido e alcançasse o sucesso, ratificado neste momento em que se pretende a sua reeleição. Sua candidatura foi natural e estamos vendo a sua unânime aprovação. Em vista disto, manifesta a Delegação do Brasil o seu júbilo. Muito obrigado.

El PRESIDENTE: Muchas gracias. Tiene la palabra el Delegado del Perú.

Dr. VALLEJO (Perú): Muchas gracias, señor Presidente. En nombre de la Delegación del Perú, quisiera que se cumpliera el Reglamento. Según el Artículo 57, que norma la elección del Director de la Oficina, es por votación secreta. Si no lo hacemos, estamos infringiendo una regla que hemos establecido. Muchas gracias.

El PRESIDENTE: Quiero manifestarle al señor Delegado del Perú que la Comisión General ya había discutido la posibilidad de que se presentara la solicitud de aclamación. Sin embargo habíamos llegado a la conclusión de que debería cumplirse con el Reglamento, ya que, de otra manera, tendríamos que modificarlo, y precisamente así lo vamos hacer. De tal suerte que, una vez que ya se presentó la candidatura, de acuerdo con el artículo correspondiente del Reglamento, vamos a designar escrutadores a la Dra. María Teresa Paz, de Bolivia, y al Dr. Christopher O'Mard, de Antigua y Barbuda, a quienes invito a pasar a la Mesa Directiva. A continuación se van a ir repartiendo las boletas, y el señor Secretario irá llamando a las Delegaciones para que se acerquen y depositen sus boletas en la urna.

Bien, tal como lo había señalado, el señor Secretario irá llamando a las Delegaciones para que se acerquen a la Presidencia y vayan votando uno por uno.

The SECRETARY: Antigua and Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belize, Bolivia, Brazil, Canada, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, Ecuador, El Salvador, France, Grenada, Guatemala, Guyana, Haiti, Honduras, Kingdom of the Netherlands, Mexico, Nicaragua, Panama, Paraguay, Peru, St. Kitts and Nevis, Saint Lucia, St. Vincent and the Grenadines, Suriname, Trinidad and Tobago, United States of America, Uruguay, and Venezuela.

Mr. President, the voting has been completed.

El PRESIDENTE: Ya que está cerrada la votación, voy a solicitar a los escrutadores que, por favor, hagan el recuento correspondiente y nos señalen el resultado de la votación.

The tellers count the votes.  
Se efectúa el escrutorio.

El PRESIDENTE: De acuerdo con la votación, el número de boletas depositadas fueron 35, Hubo una boleta en blanco, y 34 boletas válidas. Fueron entonces 34 votos a favor del Dr. Carlyle Guerra de Macedo. Se necesitan 20 votos para obtener la mayoría, de manera que nosotros declaramos electo al Dr. Carlyle Guerra de Macedo.

(Aplause)  
(Aplausos)

Voy a solicitar al Dr. Roberto Santos del Brasil, al Dr. Richard Van West-Charles de Guyana, y al Dr. Rubén Villeda Bermúdez de Honduras que acompañen al Dr. Guerra de Macedo a la sala, y le ofreceremos la palabra.

(Applause)  
(Aplausos)

Dr. GUERRA DE MACEDO (Director): Señor Presidente, señor Director General, señores Miembros de la Mesa Directiva, señores Ministros, delegados, observadores, colegas y compañeros de la Organización Panamericana de la Salud, señoras y señores. Hay momentos en la vida en que la emoción que sentimos es de tal naturaleza y dimensión que las más inspiradas palabras que uno pueda decir nada significan. No intentaré expresar lo que siento, porque esto es imposible. Pero quiero que ustedes lean más allá de lo que yo diga, en mis ojos y con el corazón, todo lo que no pueda decir, todo lo que no pueda expresar.

Debo confesarles de que la emoción de este momento es más grande que la que yo sentí cuando fui elegido en esta sala cuatro años atrás. El sentimiento de que hemos podido establecer con ustedes, los

representantes de los gobiernos, de los países y de los pueblos de las Américas, un nivel de comprensión y de entendimiento, ese nivel de confianza recíproca que permite que trabajemos juntos por los mismos objetivos, significa mucho para mí y para esta Organización. Pero, además, siento que el hecho de que ustedes me hayan elegido de la manera en que lo hicieron--casi una experiencia nueva en la vida de esta Organización durante los últimos 30 años--aumenta mi compromiso y mi responsabilidad, y con ella la de los que trabajamos en la Oficina, para que estemos a la altura de esta confianza y continuemos sin descanso, con dedicación integral todo el tiempo, todos los días y todas las horas, en la búsqueda de caminos y de soluciones que nos ayuden a realizar la meta de Salud para Todos en esta Región. Me alegra y me fortifica el convencimiento de que la elección que ustedes hicieron y la confianza que demostraron en el Director y, a través del Director, en su Organización, es también la expresión de su compromiso para ese trabajo conjunto y solidario por la salud, la justicia, la paz y el bienestar de los pueblos de las Américas.

Hay una imagen a la que algunas veces me he referido en los últimos tres años y que quisiera mencionar otra vez en esta oportunidad. En mi primer año como Director, en visita a Bolivia, llegué con el Ministro y otras autoridades a una pequeña isla del Lago Titicaca. La pequeña comunidad de menos de 200 almas, para homenajear a las autoridades que llegaban, hizo que los niños nos recibieran con cánticos. Niños pobres, descalzos, sucios, la expresión misma de la pobreza, casi de la miseria. La comunidad como un todo, aislada del mundo, viviendo prácticamente para sobrevivir el día, cada día, era la expresión mayor de la desesperanza, de la falta de oportunidades, de la marginalización. Y aquellos niños cantaron canciones que hablaban de progreso, de justicia y de felicidad, conceptos que sin duda no estaban presentes en su pobre y sufrida vida. Como otras veces en mi vida, lloré por aquellos niños. Pero más allá de los niños, lloré por las promesas hechas y tantas veces no cumplidas a los pueblos de América Latina y del Caribe, las esperanzas construidas y tantas veces negadas, los millones de niños, de mujeres y de hombres que todavía no tienen la oportunidad de realizarse como seres humanos. Y lloré por esta promesa de solidaridad y de futuro común, lloré, en fin, por tantas posibilidades desperdiciadas. Pero lloré también porque en la voz y en la faz de aquellos niños se podía identificar el amor a la vida, la fe y la esperanza, aun cuando no hayan razones objetivas para tenerlas.

Nosotros tenemos razones objetivas para tener esperanza y tener fe. Podemos contribuir significativamente a la construcción de este futuro que ya nos espera, desde hace tanto tiempo, en la salud, el bienestar, el progreso, la justicia y la libertad. Desde la salud podemos hacerlo, si lo queremos y si nos dedicamos, no solo con la mente y el intelecto, sino sobre todo con el alma y con el corazón. Seguiremos intentándolo con ustedes, porque debemos hacerlo. Muchas gracias.

El PRESIDENTE: Ya el Delegado de la República de Honduras había presentado el sentimiento de Centroamérica a favor del Dr. Carlyle Guerra de Macedo. Solo nos queda a nosotros felicitarlo en este momento en

nombre de todos. A continuación quisiera ofrecer la palabra al pleno para saber si hay algún tipo de comentarios o alguna cosa especial y, a continuación, vamos a solicitar al señor Relator que dé lectura al proyecto de resolución sobre el tema.

El RELATOR: El proyecto de resolución dice así:

LA XXII CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habida cuenta de los Artículos 4.E y 21.A de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud, que estipulan 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 4 del Acuerdo suscrito entre la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud y los Artículos 49 y 52 de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, en los que se establece el procedimiento para el nombramiento de los Directores Regionales de la Organización Mundial de la Salud, y

Satisfecha de que la elección del Director de la Oficina se haya realizado de conformidad con el procedimiento establecido,

RESUELVE:

1. Elegir al Dr. Carlyle Guerra de Macedo Director de la Oficina Sanitaria Panamericana por un período de cuatro años a partir del 1 de febrero de 1987.

2. Someter al Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud el nombre del Dr. Carlyle Guerra de Macedo para su nombramiento como Director Regional para las Américas.

El PRESIDENTE: A continuación el señor Secretario leerá, en inglés, el proyecto de resolución.

The SECRETARY: The proposed resolution, in English, on the election of the Director of the Pan American Sanitary Bureau and nomination of the Regional Director of the World Health Organization for the Americas, reads:

THE XXII PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Bearing in mind Articles 4.E and 21.A of the Constitution of the Pan American Health Organization, which provide that the Pan American Sanitary Bureau shall have a Director elected at the Conference by the vote of a majority of the Governments of the Organization;

Bearing in mind 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 established procedure,

RESOLVES:

1. To elect Dr. Carlyle Guerra de Macedo Director of the Pan American Sanitary Bureau for a period of four years to begin 1 February 1987.

2. To submit to the Executive Board of the World Health Organization the name of Dr. Carlyle Guerra de Macedo for appointment as Regional Director for the Americas.

El PRESIDENTE: Preguntamos al pleno si hay alguna objeción a lo leído hasta este momento. No habiendo ninguna objeción, se aprueba la resolución sobre la elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y el nombramiento del Director Regional de la Organización Mundial de la Salud, sometiendo al Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud el nombre del Dr. Guerra de Macedo.

Decision: The proposed resolution was unanimously adopted.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución.

ITEM 7.2: REQUIREMENTS, PROCEDURES AND PRIVILEGES FOR STATES REQUESTING AND OBTAINING OBSERVER STATUS IN THE PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION

TEMA 7.2: REQUISITOS, TRAMITES Y PRIVILEGIOS PARA LOS ESTADOS QUE SOLICITEN Y OBTENGAN LA CALIDAD DE PAIS OBSERVADOR EN LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

El PRESIDENTE: Pasamos al tema 7.2, Requisitos, trámites y privilegios para los Estados que soliciten y obtengan la calidad de país observador en la Organización Panamericana de la Salud. Quiero solicitar al Representante del Comité Ejecutivo que presente el informe correspondiente.

Dr. MOHS (Representante del Comité Ejecutivo): Muchas gracias, señor Presidente. Al presentar este tema, el Director recordó con detalle los antecedentes del mismo desde que Portugal presentara su solicitud en junio de 1985. Explicó que, como existía una resolución, la Resolución XXVII de la XXVIII Reunión del Consejo Directivo, que era muy limitante y exclusiva, el Comité Ejecutivo, deseoso de apoyar la petición de admisión de Portugal como observador, había pedido el año pasado al Director que preparara un proyecto de nuevas normas aplicables al caso. Eso es lo que se perseguía con el proyecto de resolución incluido en el Documento CE97/7 que se propuso a la consideración del Comité Ejecutivo.

El proyecto de resolución fue acogido con general asentimiento y fue aprobado por unanimidad por la 97a Reunión del Comité Ejecutivo. Se trata de la Resolución XIV, por medio de la cual se recomienda a la XXII Conferencia Sanitaria Panamericana la aprobación de una resolución para derogar la Resolución XXVII de la XXVIII Reunión del Consejo Directivo y establecer los nuevos requisitos, trámites y privilegios para los Estados que soliciten y obtengan la calidad de país observador en la Organización Panamericana de la Salud. Los requisitos son que el Estado tenga lazos históricos y culturales con la Región de las Américas, que demuestre interés en participar y contribuir en las instituciones americanas y que contribuya técnica o financieramente a los programas de cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud. Los trámites a seguir son que el Estado presente la solicitud con una antelación de 60 días por lo menos antes de la reunión del Comité Ejecutivo, y especifique las razones en que fundamenta su petición; que el Comité Ejecutivo examine si la solicitud cumple los requisitos indicados y que formule la recomendación pertinente a la Conferencia o al Consejo Directivo, y que la Conferencia o el Consejo decida si se ha de otorgar al Estado solicitante la calidad de país observador en la Organización Panamericana de la Salud.

En cuanto a los privilegios, los países observadores podrán asistir a todas las sesiones de los Cuerpos Directivos, corriendo los gastos de su cuenta; participar, con la venia del Presidente, en los debates sin derecho de voto y sin poder presentar propuestas de fondo, mociones de procedimiento, cuestiones de orden ni impugnaciones de las decisiones del Presidente; recibir la documentación y publicaciones de la Organización que les interesen, y establecer relaciones de cooperación técnica con la Organización por conducto de la Oficina Sanitaria Panamericana. Eso es todo. Muchas gracias, señor Presidente.

El PRESIDENTE: Muchas gracias, señor Representante del Comité Ejecutivo. Ofrezco la palabra a los señores Delegados para cualquier observación que quieran hacer. No habiendo ningún tipo de observación, solicito al señor Relator que dé lectura al proyecto de resolución, que aparece en el Documento CSP22/7.

El RELATOR: El proyecto de resolución dice así:

THE XXII PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Taking account of the interest expressed by the Government of Portugal in establishing arrangements for direct cooperation with the Pan American Health Organization and in obtaining observer status in the Organization;

Having regard to Resolution XXVII of the XXVIII Meeting of the Directing Council, which establishes the criteria for the granting of observer status in PAHO to non-American States having no territory in the Americas;



Considering that these criteria are extremely limiting and restrictive in respect of requests such as that of the Portuguese Government;

Cognizant of the very close historical and sociocultural ties that bind the Portuguese nation to the American Hemisphere; and

Having seen the report presented by the Director (Document CE97/7) establishing new requirements and procedures to govern the granting to countries of observer status in PAHO,

RESOLVES:

1. To rescind Resolution XXVII of the XXVIII Meeting of the Directing Council.

2. To approve the following requirements, procedures and privileges for States requesting and obtaining observer status in PAHO:

A. Prerequisites

- a) The requesting State must have historical and cultural ties to the Region of the Americas;
- b) The requesting State must show interest in participating in and contributing to inter-American institutions;
- c) The requesting State must make a technical or financial contribution to PAHO's technical cooperation programs.

B. Processing Steps

- a) The requesting State must present its request at least 60 days in advance of the date set for the meeting of the Executive Committee to which it is to be presented, stating the reasons on which the request is based, as provided in paragraphs a), b) and c), above;
- b) The Executive Committee will consider the request in relation to the provisions of paragraphs a), b) and c), above, and make an appropriate recommendation to the Conference or Directing Council;
- c) The Conference or Directing Council, as appropriate, will decide whether the requesting State is to be granted observer status in PAHO.

C. Privileges

Countries granted observer status in PAHO shall enjoy the privileges of:

- a) Attending public sessions of the Governing Bodies and public sessions of the committees and working groups of those Governing Bodies, the costs of such attendance to be borne by the observer country;
- b) Participating, by leave of the Chairman, in the discussions of the Governing Bodies, but without the right to vote. They may not, however, make proposals of substance or procedural motions or requests, raise points of order, or impugn the decisions of the Chairman;
- c) Receiving documents prepared for the Governing Bodies and other technical and scientific publications of interest to the observer country;
- d) Establishing technical and financial cooperation relations with the Organization through the Pan American Sanitary Bureau.

#### LA XXII CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Tomando en cuenta el interés manifestado por el Gobierno de Portugal en establecer formas de cooperación directa con la Organización Panamericana de la Salud y de obtener la calidad de país observador en la Organización;

Habida cuenta de la Resolución XXVII de la XXVIII Reunión del Consejo Directivo que establece los criterios para el otorgamiento de la calidad de país observador en la OPS a Estados no americanos que carezcan de territorios en las Américas;

Considerando que dichos criterios son en extremo limitantes y restrictivos con respecto a casos como la solicitud del Gobierno de Portugal;

Reconociendo los muy íntimos lazos históricos y socioculturales que hermanan a la nación portuguesa con el Continente americano, y

Visto el informe presentado por el Director (Documento CE97/7) estableciendo nuevos requisitos y procedimientos que rijan el otorgamiento de la calidad de país observador en la OPS,

#### RESUELVE:

1. Derogar la Resolución XXVII de la XXVIII Reunión del Consejo Directivo.
2. Aprobar los siguientes requisitos, trámites y privilegios para los Estados que soliciten y obtengan la calidad de país observador en la OPS.

A. Requisitos previos

- a) El Estado solicitante deberá tener lazos históricos y culturales con la Región de las Américas;
- b) El Estado solicitante deberá demostrar un interés por participar y contribuir en las instituciones interamericanas;
- c) El Estado solicitante deberá contribuir técnica o financieramente a los programas de cooperación técnica de la OPS.

B. Tramitación de la solicitud

- a) El Estado solicitante habrá de presentar su solicitud con una antelación mínima de 60 días a la fecha fijada para la reunión del Comité Ejecutivo pertinente, especificando las razones en que se fundamenta la solicitud, conforme a lo dispuesto en los párrafos a), b) y c) supra;
- b) El Comité Ejecutivo examinará la solicitud en relación con lo dispuesto en los párrafos a), b) y c) supra, y formulará la oportuna recomendación a la Conferencia o al Consejo Directivo;
- c) La Conferencia o, en su caso, el Consejo Directivo, decidirá si ha de otorgarse al Estado solicitante la calidad de país observador en la OPS.

C. Privilegios

Los países que hayan obtenido la calidad de país observador en la OPS disfrutará de los siguientes privilegios:

- a) Asistir a las sesiones públicas de los Cuerpos Directivos y a las sesiones públicas de los comités y grupos de trabajo de dichos Cuerpos Directivos, corriendo los gastos relacionados con dicha asistencia por cuenta del país observador;
- b) Participar, con la venia del Presidente, en los debates de los Cuerpos Directivos, pero sin derecho a voto. No podrán, sin embargo, hacer propuestas de fondo, formular mociones o solicitudes de procedimiento, plantear cuestiones de orden, ni impugnar las decisiones del Presidente;
- c) Recibir la documentación preparada para los Cuerpos Directivos y otras publicaciones técnicas y científicas que sean de interés para el país observador;
- d) Establecer relaciones de cooperación técnica y financiera con la Organización, por medio de la Oficina Sanitaria Panamericana.

El PRESIDENTE: Se pregunta al pleno si existe alguna objeción al proyecto de resolución que acaba de presentarse.

No habiendo ninguna objeción se aprueba el proyecto de resolución contenido en el Documento CSP22/7.

Decision: The proposed resolution was unanimously adopted.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución.

ITEM 7.3: REQUEST OF PORTUGAL FOR OBSERVER STATUS IN THE PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION

TEMA 7.3: SOLICITUD DEL GOBIERNO DE PORTUGAL PARA OBTENER LA CALIDAD DE PAIS OBSERVADOR EN LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

El PRESIDENTE: Pasamos al tema 7.3, que es la solicitud del Gobierno de Portugal para obtener la calidad de país observador en la Organización Panamericana de la Salud. Solicito al Representante del Comité Ejecutivo que presente su informe.

El Dr. MOHS (Representante del Comité Ejecutivo): Gracias, señor Presidente. En relación con el tema 7.3, el Comité Ejecutivo en su oportunidad lo consideró. El Representante del Brasil presentó un proyecto de resolución para acelerar la aceptación de la solicitud de Portugal, puesto que dicho país cumplía con todos los requisitos que se acaban de aprobar. El proyecto fue aceptado por unanimidad. Se trata de la Resolución XV, por medio de la cual la 97a Reunión del Comité Ejecutivo recomienda a la XXII Conferencia Sanitaria Panamericana el texto de una resolución destinada a dejar sin efecto excepcionalmente, en este caso, los requisitos de trámite de la resolución anterior, puesto que Portugal hacía ya un año que había presentado su solicitud; acoger con satisfacción la solicitud y otorgar a Portugal la calidad de país observador; recomendar al Director que promueva la cooperación técnica con Portugal, y pedir al Director que transmita la resolución al Gobierno de Portugal y a los Gobiernos Miembros de la Organización.

El PRESIDENTE: Ofrezco la palabra a la Sra. Ministro de Salud de Portugal, Dra. Beleza.

Dra. BELEZA (Portugal): Senhor Presidente da XXII Conferência Sanitária Pan-Americana, senhor Diretor-Geral da Organização Mundial de Saúde, senhor Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde, senhores Ministros, senhoras e senhores Delegados. Agradeço a oportunidade que me é dada de explicar perante esta ilustre Assembléia as razões pelas quais Portugal apresentou a sua pretensão ao estatuto de Observador junto da OPAS.

Vou mencionar duas ordens de razões que justificam o nosso pedido. Por um lado, elas radicam nos laços estreitos que unem Portugal aos países das Américas e que desejamos desenvolver cada vez mais no futuro. Por outro lado, essas razões resultam do enorme interesse, que

do ponto de vista científico e de melhoria da assistência que prestamos, representa para o meu país--e acreditamos que pode resultar para os Países Membros da OPAS--de uma estreita colaboração com a Organização.

Portugal assumiu recentemente a sua natureza de país europeu com a adesão, em 10. de janeiro de 1986, às Comunidades Europeias. Mas não é por isso que Portugal deixou de ser um país atlântico; pelo contrário, desejamos assumir-nos como país por natureza ocidental e atlântico que escolheu voluntariamente a Europa, como país que deu novos mundos ao mundo e que quer manter a sua vocação histórica de ponte entre tempos e lugares.

O mar que une o meu país aos vossos e que foi veículo da bela aventura que há quase quinhentos anos levou os portugueses ao Brasil marcará sempre Portugal como um agente de intercâmbio entre culturas e civilizações, com uma capacidade rara de compreender o que são os outros e de se fazer compreender.

Em alguns dos vossos países vivem hoje muitas centenas de milhares de portugueses. Olhamos para eles não como algo que o meu país perdeu, mas como um fator de enriquecimento mútuo e de ligação preciosa entre nós e os países da América onde vivem.

A saúde é um setor particularmente propício à colaboração internacional e a perspectiva humanitária que sempre informa quaisquer esforços neste domínio facilita a aproximação dos povos. No passado recente, o meu país advogou uma maior colaboração entre países da América e da Europa, incluindo o setor da Saúde.

Durante a Última Conferência dos Ministros Europeus da Saúde, realizada em Estocolmo no quadro do Conselho da Europa, e com apoio das delegações de Portugal e Espanha, foram os países do Grupo da Contadora convidados a participar na qualidade de observadores, tendo-se seguido um programa de apoio relativo sobretudo ao setor da estruturação das unidades de saúde.

Mais recentemente, em junho último, no quadro do Conselho da Europa e durante o Colóquio sobre a América Latina, a que assistiu o Secretário Geral da OEA, Embaixador Baena Soares, voltaram as delegações de Portugal e da Espanha a propor a continuação, através de um "grupo de contato", de atividades de comum interesse entre a Europa e a América Latina.

Portugal está ciente de que o estatuto de País Observador lhe acarretará, se quiserem acolher-nos, assinaláveis benefícios no campo de saúde, dadas as atividades de elevado nível científico que se desenrolam nos países americanos e as possibilidades de desenvolvimento que se abrem no domínio da cooperação técnica, por intermédio da Organização Pan-Americana da Saúde.

Cito, a este propósito, programas de âmbito mundial, como o Programa de Investigação em Tratamento do Câncer, e a Década Internacional da Água e do Saneamento, assim como programas da OPAS que muito interessam a Portugal, exemplos dos quais são o Programa Regional de Formação em Administração de Serviços de Saúde, o Programa Ampliado de Livros Didáticos e Materiais de Ensino, e a Rede de Informação e Documentação em Engenharia Sanitária e Ciências do Ambiente.

Também no quadro da "Saúde para todos no ano 2.000", e das atividades a desenvolver para realizar os objetivos visados nesta expressão que a Organização Mundial de Saúde já tornou conhecida de todos, é de esperar um frutuoso auxílio da parte da OPAS e seus Estados Membros.

Por outro lado, o meu país assumirá, se a sua pretensão for acolhida, as suas responsabilidades no que respeita à contribuição a dar às instituições interamericanas e aos programas de cooperação técnica da Organização. Como é evidente, tal contribuição será balisada pelas nossas limitações em recursos humanos e financeiros, mas não deixará por isso de ser dada com a maior satisfação e o melhor das nossas capacidades.

Desejaria referir algumas áreas em que me parece haver especial interesse na cooperação entre Portugal e a Organização Pan-Americana da Saúde.

Quatro grandes campos avultam no panorama atual. São eles: o desenvolvimento dos recursos humanos; a investigação e a inovação tecnológica; a documentação e a informação; o desenvolvimento da prevenção de doenças transmissíveis em que haja experiência comum, tais como as doenças chamadas tropicais, as zoonoses e as doenças hídricas.

O desenvolvimento dos recursos humanos seria feito no domínio do planeamento, quer na identificação de necessidades, quer no estudo de métodos e na área da formação, onde o Ministério da Saúde, cuja responsabilidade me cabe, atua de uma forma muito significativa.

A investigação e a inovação tecnológica seria outro campo de interesse, a começar pelos efeitos da inovação em tecnologias de saúde nos serviços e nos resultados obtidos nos cuidados aos doentes.

A análise da procura e das políticas de investigação e de inovação tecnológica em saúde interessa-nos também muito, para além da avaliação custo/benefício, ou custo/eficácia dos projectos levados a cabo.

Considero significativos os aspectos de possível cooperação no domínio da documentação e informação, dentro da qual, para além de troca de publicações, relatórios e estudos, poderíamos contribuir com traduções para a língua portuguesa de documentação pertinente publicada na região europeia em outras línguas.

Finalmente, ponho especial relevo nos aspectos da prevenção e luta contra doenças transmissíveis, onde se incluem as doenças chamadas tropicais, as zoonoses e as doenças hídricas, e nos quais Portugal adquiriu "know-how" importante. São assuntos em relação aos quais seria muito interessante estabelecer programas comuns de cooperação.

Com efeito, Portugal possui vasta experiência nesta matéria, realizou significativo trabalho em África, mantém trabalhos de campo e programas de cooperação como os países africanos de expressão oficial portuguesa e possui instituições especialmente vocacionadas e técnicos experientes e qualificados.

Os processos através dos quais se poderia implantar a cooperação que acabo de referir poderiam ser os habituais: consulorias e estágios, cursos em comum, estudos em colaboração, entre outros.

Os dirigentes dos serviços que me acompanham nesta missão terão, se for o caso, ocasião de contactar as unidades especializadas da Organização para o desenvolvimento de vias concretas de realização das ideias esquematizadas.

Senhor Presidente, Portugal é um país pequeno no tamanho, mas com uma grande experiência do mundo, que lhe conferem a sua história e as características das suas gentes. Queremos também aqui, convosco, trocar experiências e saber, dar e receber. É esse, minhas senhoras e meus senhores, o sentido do pedido do Governo Português do estatuto de Observador junto da Organização Pan-Americana da Saúde. É com muito empenho e entusiasmo que aguardamos a vossa decisão.

Muito obrigada.

El PRESIDENTE: Muchas gracias, señora representante de Portugal. Quiero ofrecer la palabra a los señores Delegados por si quieren hacer alguna observación o algún comentario. El señor Delegado del Brasil.

Dr. SANTOS (Brasil): Senhor Presidente, a Delegação do Brasil deseja manifestar o seu apoio à solicitação do governo de Portugal para obter a qualidade de país observador na Organização Pan-Americana da Saúde. Os laços históricos que unem o Brasil a Portugal são sobejamente conhecidos. Pelas mãos de Portugal, há perto de cinco séculos ingressamos na civilização cristã e ocidental. Ao longo desses 400 e muitos anos, sucessivas levas de portugueses têm deixado a sua terra natal para ajudar a construir o Brasil de hoje. Relações das mais variadas naturezas têm assim alimentado um entrelaçamento total entre o Brasil de hoje e Portugal de hoje. Reconhecemos na cultura portuguesa, a fonte da atual cultura brasileira. Os portugueses constituem um dos componentes predominantes da nossa origem étnica, e os laços de natureza intelectual e cultura são presentes, têm estado constantemente presentes, na cultura brasileira no dia de hoje. Recentemente, a Espanha obteve condição semelhante neste mesmo plenário.

Na reunião da Organização Mundial da Saúde, em maio próximo passado, o Diretor da Organização Pan-Americana, Dr. Carlyle Guerra de Macedo, promoveu o encontro do representante do Governo da Espanha com os representantes de países sul-americanos, entre os quais tive o privilégio de estar incluído, e pude perceber como aquela condição atribuída à Espanha ensejou uma série de debates de troca de experiências, de formas de cooperação, extremamente vantajosas para os países do novo continente americano. Não tenho dúvida de que Portugal trará contribuição pelo menos igual, e assim essa participação que teve historicamente e continua a ter Portugal na formação do continente americano, continuará caso esta assembléia venha atender ao pedido do Governo português, por intermédio da Organização Pan-Americana da Saúde.

Por essas razões e pelas que foram apresentadas de forma absolutamente convincente e com brilho pela Ministra de Saúde de Portugal, a delegação do Brasil apóia a solicitação do Governo português.

El PRESIDENTE: Muchas gracias, señor Delegado del Brasil. El Delegado del Ecuador tiene la palabra.

Dr. BRACHO-OÑA (Ecuador): Señor Presidente, señor Director, distinguidos Delegados. Este pequeño país de la mitad del mundo que ustedes conocen, que está en la imaginaria ecuatorial, quiere decir un mensaje de aplauso a la idea de Portugal de querer unirse en calidad de observador a una misma mística de servicio, y quiere respaldar y aplaudir, uniéndose a las palabras del colega Delegado del Brasil, para darle la más cálida bienvenida. Para unir criterios y buscar experiencias, nada más edificante para nosotros que tener un país como Portugal que no tiene distancia en un océano sino absoluta identidad en pensamiento, en acción, en sangre, en raza, en criterios y en un humanismo profundo. Así, pues, me permito en nombre de mi gobierno dar la más cálida bienvenida a Portugal en calidad de observador.

El PRESIDENTE: Muchas gracias, señor Delegado del Ecuador. No habiendo ninguna otra delegación que quiera hacer uso de la palabra, voy a solicitar al Relator que dé lectura al proyecto de resolución que aparece en el Documento CSP22/8.

El RELATOR: El proyecto de resolución dice así:

THE XXII PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Having in mind that in June 1985 the Government of Portugal presented a request for observer status in the Pan American Health Organization;

Considering that Portugal fully meets the conditions precedent established by the XXII Pan American Sanitary Conference (Resolution III); and

Having seen Resolution XV of the 97th Meeting of the Executive Committee,



RESOLVES:

1. As an exception in this case, to waive the requirements established in subparagraph a), paragraph 2.B of Resolution III of the XXII Pan American Sanitary Conference.

2. To welcome with satisfaction the request of the Government of Portugal, and to grant it observer status in the Pan American Health Organization.

3. To recommend to the Director that he promote technical cooperation between Portugal and the countries of the Americas.

4. To request the Director to transmit the present decision to the Government of Portugal and to the Member Governments of the Organization.

LA XXII CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Teniendo en cuenta que en junio de 1985 el Gobierno de Portugal solicitó se le otorgara la calidad de País Observador en la Organización Panamericana de la Salud;

Considerando que Portugal cumple plenamente con los requisitos establecidos por la XXII Conferencia Sanitaria Panamericana (Resolución III), y

Vista la Resolución XV de la 97a Reunión del Comité Ejecutivo,

RESUELVE:

1. Dejar sin efecto excepcionalmente, en este caso, los requisitos establecidos en el inciso a) del párrafo 2.B de la Resolución III de la XXII Conferencia Sanitaria Panamericana.

2. Acoger con satisfacción la solicitud del Gobierno de Portugal y otorgarle la calidad de país observador en la Organización Panamericana de la Salud.

3. Recomendar al Director que promueva la cooperación técnica entre Portugal y los países de las Américas.

4. Pedir al Director que transmita la presente decisión al Gobierno de Portugal y a los Gobiernos Miembros de la Organización.

El PRESIDENTE: Muchas gracias, señor Relator. Quiero solicitar al pleno si hay algún comentario o alguna objeción al proyecto de resolución que acaba de ser leído. No habiendo ninguna objeción, lo declaro aprobado.

Decision: The proposed resolution was unanimously adopted.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución.

El PRESIDENTE: Invitamos a la Observadora de Portugal a que tome su asiento entre los observadores.

The Observer for Portugal took her place among the Observers.  
La Observadora de Portugal toma su lugar entre los Observadores.

Dra. BELEZA (Observadora, Portugal): Senhor Presidente da XXII Conferência Sanitária Pan-Americana, senhor Diretor-Geral da Organização Mundial da Saúde, senhor Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde, senhores Ministros, senhoras e senhores Delegados. As resoluções que acabam de ser aprovadas representam o culminar de um processo em que o meu país pôs muito empenho e entusiasmo. Mas representam sobretudo o início de uma mais intensa colaboração que será frutuosa entre Portugal e os países da OPAS.

Quero exprimir, o agradecimento sentido, caloroso e amigo do Governo de Portugal a esta ilustre Assembléia, pela forma como decidiu abrir as portas da Organização Pan-Americana da Saúde ao meu país, que tantos, tão grandes e antigos laços se orgulha de possuir com o Mundo Americano e, em especial com o Brazil, nosso país-irmão.

Uma palavra, muito merecida, de gratidão e amizade vai para o ilustre sanitarista Dr. Carlyle Guerra de Macedo, por cuja tão ilustre reeleição para Diretor da Organização me permito felicitá-lo, que desde sempre acarinhou a ideia de Portugal ingressar na Organização na qualidade de País Observador, e ajudou decisivamente a que este objetivo fosse atingido com pleno sucesso e em tempo muito curto.

Disse há momentos o sentido do pedido de Portugal do estatuto de Observador junto da OPS. Ele radica no desejo de convosco trocar experiências e saber, no mútuo interesse. É esse também o sentido que atribuímos à atitude que acabam de ter para com o meu país.

Agradeço-vos mais uma vez a generosidade com que fomos recebidos e que nos anima a contar como certo o sucesso da cooperação que vamos deste modo intensificar com os países amigos deste grande Continente.

El PRESIDENTE: Muchas gracias. Hemos concluido la agenda de la mañana de hoy, así es que se levanta la sesión hasta las 2:30 p.m.

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

FOURTH PLENARY SESSION  
CUARTA SESION PLENARIA

Tuesday, 23 September 1986, at 2:30 p.m.  
Martes, 23 de septiembre de 1986, a las 2:30 p.m.

President: Dr. Carlos Armando Soto Gómez Guatemala  
Presidente:

El PRESIDENTE: Señores Delegados, damos inicio a la cuarta sesión plenaria. Tiene la palabra el Delegado de Jamaica.

STATEMENT BY THE DELEGATE OF JAMAICA  
DECLARACION DEL DELEGADO DE JAMAICA

Dr. BAUGH (Jamaica): Thank you very much, Mr. President. Mr. President, Director, Dr. Mahler, Mr. Secretary. The Jamaican Delegation registers its disappointment at having been absent for the election of the Director of the Pan American Sanitary Bureau.

Having been distracted by a problem needing urgent attention, we were not in the room when the reminder was issued just before the coffee break. The resolution of the problem having taken longer than anticipated, we returned late only to learn that the election had passed.

I express on behalf of the Government of Jamaica our unreserved support for the Director of the Pan American Sanitary Bureau, as was already indicated in the joint statement issued by the Minister of Health of Guyana on behalf of the Caribbean territories. The preparation of that statement received our full support. We therefore reiterate our gratitude to the Director for his dynamic leadership resulting in a high level of collaboration between the Member States and the Organization, and we commend the many initiatives being taken within the ambit of its brain-child of subregional cooperation within the Americas. We fully applaud his return to office for another period; we look forward to continued cooperation; and ask the Secretariat to record our support for the election of the Director. Thank you very much.

CONSIDERATION OF PROPOSED RESOLUTION PENDING ADOPTION  
CONSIDERACION DEL PROYECTO DE RESOLUCION PENDIENTE DE APROBACION

Item 3.1: Annual Report of the Chairman of the Executive Committee  
Tema 3.1: Informe Anual del Presidente del Comité Ejecutivo

El PRESIDENTE: Pasaremos ahora a considerar el proyecto de resolución pendiente de aprobación, PR/1, por lo que solicito al Relator que haga el favor de leerlo.

El RELATOR: El proyecto de resolución dice así:

THE XXII PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Having seen the Annual Report of the Chairman of the Executive Committee (Document CSP22/5) on the work of the Committee from September 1985 to date, the period during which the 96th and 97th Meetings were held; and

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

RESOLVES:

1. To take note of the Annual Report of the Chairman of the Executive Committee (Document CSP22/5).

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

LA XXII CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Visto el Informe Anual del Presidente del Comité Ejecutivo (Documento CSP22/5) sobre el trabajo realizado por el Comité desde septiembre de 1985 hasta la fecha, período en el cual se celebraron la 96a y la 97a Reuniones, y

Consciente de las disposiciones del Artículo 9.C de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud,

RESUELVE:

1. Tomar nota del Informe Anual del Presidente del Comité Ejecutivo (Documento CSP22/5).

2. Felicitar al Presidente y a los demás miembros del Comité por el excelente trabajo realizado.

El PRESIDENTE: Ponemos a consideración de los Delegados el proyecto de resolución. Hay alguna observación específica que hacer? No habiendo ninguna, lo considero aprobado.

Decision: The proposed resolution was unanimously adopted.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución.

- ITEM 3.3: REPORTS OF THE MEMBER GOVERNMENTS OF THE ORGANIZATION ON PUBLIC HEALTH CONDITIONS AND PROGRESS ACHIEVED IN THE INTERVAL BETWEEN THE XXI AND XXII PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCES  
(continued)
- TEMA 3.3: INFORMES DE LOS GOBIERNOS MIEMBROS DE LA ORGANIZACION SOBRE LAS CONDICIONES DE SALUD PUBLICA Y LOS ADELANTOS LOGRADOS EN EL INTERVALO TRANSCURRIDO ENTRE LAS XXI Y XXII CONFERENCIAS SANITARIAS PANAMERICANAS (continuación)

El PRESIDENTE: Continuando ahora con el tema 3.3, le damos la palabra al Delegado del Canadá.

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

M. PREFONTAINE (Canada): Monsieur le Président, Messieurs, Mesdames, distingués Délégués, collègues et amis de l'OPS, Monsieur le Directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé. Chacun des membres de la délégation canadienne vous félicite chaleureusement de votre réflexion. Nous voulons vous assurer de notre engagement à travailler avec diligence chacun, chacune à l'intérieur de son ministère, avec vous, avec le personnel de l'Organisation panaméricaine de la Santé et éventuellement avec les pays membres intéressés à l'amélioration de l'état de santé des populations de l'hémisphère américain pendant les quatre années qui viennent.

La délégation du Canada se joint avec plaisir aux délégations des autres Etats membres de l'Organisation panaméricaine de la Santé pour revoir rapidement comment au cours des quatre dernières années ont pu progresser les affaires "santé" du pays membre qui se trouve le plus au nord de l'hémisphère américain. On a tous entendu hier le Docteur Mahler parler de l'importance de la décentralisation dans l'application du concept des soins primaires de santé à l'appui de l'objectif de la santé pour tous en l'an 2000. C'est comme si les pères de la Confédération, chez moi au Canada, qui ont façonné en 1867 le "British North America Act," avaient entendu le Docteur Mahler. Le partage des pouvoirs chez nous, entre les gouvernements provinciaux et le gouvernement fédéral, assigne à nos provinces la responsabilité prioritaire en matière de santé et d'affaires sociales.

Les gouvernements provinciaux sont responsables de l'organisation et de la livraison des soins de santé tout autant que des régimes d'assurance-maladie et des rapports de travail avec l'implantation de la santé. Nous avons donc dû développer des réseaux de consultation permanente entre les deux ordres de gouvernement dans tout ce qui a trait à la santé des Canadiens. Quelques provinces ont même choisi à leur tour de décentraliser certains services de santé jusqu'au niveau municipal.

The principle of decentralization is also being applied to health care for Canada's native peoples. Through devolution, health care is becoming a direct responsibility of Indian bands in Canada.

The cornerstone of the Canadian health system is, of course, the national program of health insurance. It consists of provincial hospital and medical care plans and extended health care service programs supported financially by both Federal and provincial governments. Although details of the provincial insurance plans may vary, each provincial health plan must meet minimum requirements to qualify for the Federal contributions. These requirements ensure a degree of uniformity in coverage and benefits for all Canadians. Through these means, all Canadians have enjoyed universal coverage for hospital services since 1961 and for medical services since 1971. In addition, most provinces have introduced supplementary benefits such as dental care for children, prescription drug plans for the elderly, and extended care in nursing homes.

Canadians are committed to making their health care system one of the best in the world while maintaining its cost-effectiveness. This commitment was demonstrated by the adoption, in 1984, of the Canada Health Act. The new Act does not fundamentally change the nature of our national health insurance system. Rather, it consolidates the provisions of earlier health insurance legislation into a single Act and reaffirms Canada's commitment to four principles of health care, namely, universality, accessibility, portability, and public administration.

Commitment to ensuring access for all to the health care system means responding to the health needs of the many cultural groups who continue to find homes in Canada. Immigrant groups often have disease patterns that differ from those previously experienced in our country. Although we are able to provide the necessary care, bridging the communication barriers brought about by the many languages of our newcomers remains a challenge.

Mr. President, in order to save time, I will not enumerate the traditional mortality/morbidity/life expectancy indicators of the health status of our 25 million people. Delegates will be able to read these in the proceedings of this Conference. Such traditional health indicators need to be complemented by more specialized measures to identify the changing health needs of Canadians. Accordingly, the various health information systems in Canada are now going through major changes to ensure that better health information can be produced on a regular and timely basis for health managers. Regular information is complemented by periodic large-scale surveys such as the Canada Health Survey, the results of which were published during the report period.

During the past few years in Canada, considerable attention has been accorded to the need to achieve a balanced focus in the health system, with emphasis on prevention and promotion as well as on treatment. The Canadian health system had increasingly moved toward the goal of identifying and reducing risks to the health of our population. The main tools for accomplishing this are health protection, health promotion, and disease-prevention strategies. A broad array of such

initiatives is now underway in Canada. These programs seek to change fundamental attitudes and behaviors affecting health. As a result, Canadians are now displaying a far greater concern for their own health, in their lifestyles and their attitudes toward environmental hazards.

The involvement of nongovernmental organizations and professional health associations is, of course, critical to the success of these initiatives. To support such involvement, the Federal Government has designed a partnership policy which provides financial assistance to nongovernmental organizations in pursuit of their goals and undertakes joint ventures in areas of mutual concern. Financial support to the health research facilities has been increased during the 1982-1986 period, and innovative funding methods have been sought. Health research continues to provide new knowledge in disease prevention and treatment.

A strong commitment to maintaining basic health services continues to be an important part of the health care system. Safe, nutritious foods, safe and effective drugs and medical devices, clean water, and a safe environment are fundamental to a healthy Canadian population. Progress has been made over the last four years, but important challenges remain. Chronic and degenerative diseases warrant further attention, as do mental health and occupational health. Smoking is still a serious problem. The incidence of sexually-transmitted diseases is increasing and there is concern about the complications of such infections. Abuse of drugs worries Canadian parents as it does parents in other parts of this Hemisphere. We are, in Canada, in the process of devising a comprehensive strategy that focuses on reduction of both supply and demand in drugs.

Clearly, Canada and the countries of this Region of the Americas still have a long way to go to eliminate preventable diseases. The challenge, Mr. President, is not to abandon the curative approach in favor of prevention and promotion, but rather to integrate our thinking about health care, health promotion and illness prevention to a greater extent. Canada has benefited immensely from its association with WHO and PAHO. We intend to continue using the WHO/PAHO networks to work with others at insuring access to health for all of the people of this Hemisphere by the year 2000. Thank you.

El PRESIDENTE: Muchas gracias, señor Delegado. A continuación le damos la palabra al Delegado de Barbados.

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

Dr. SIMMONS (Barbados): Mr. President, Director General of the World Health Organization, Director of PAHO, fellow Delegates, distinguished guests, ladies and gentlemen. The Barbados Delegation extends congratulations to the President on his election to office, and to all other appointed officers. I also want to thank the Delegates for

selecting Barbados for the Vice Presidency of this august body. We congratulate the Director on his re-election and the directing staff for the presentation of a very comprehensive and informative annual report for the year 1985 and for the overview of the quadrennium 1982-1985.

The policy of the Government of Barbados, as articulated in its national Development Plan 1983-1988, reflects bold and imaginative initiatives to allocate rationally and manage efficiently the human, natural and financial resources with optimal results. In Barbados, health and health care development are viewed as an integral component of the socioeconomic policy. Within the framework of this philosophy, the Ministry of Health has formulated the following objectives to improve the health system at the primary, secondary, and tertiary levels: 1) the provision of health services to the entire population through the development of a comprehensive primary health care system; 2) the further development of secondary and tertiary institutions so that high quality services are readily available; 3) development of a productive and innovative management system that will maximize the productivity of the currently available manpower and financial resources; 4) decentralization of authority in health institutions and increased community participation; 5) the protection of our environment by continual monitoring and assessment; and 6) the development of a national food protection and quality control program.

At the primary level, Barbados has made tremendous strides. In an attempt to make health care services easily accessible to the population at large, the Ministry of Health has decentralized the health services and management of these services. A total of eight polyclinics are strategically located throughout the island to serve specified catchment areas, with populations ranging in size from 20,782 to 55,536. These polyclinics provide comprehensive health care with linkages by way of a coordinated referral system to the secondary and tertiary institutions.

Health projects and programs such as the establishment of a national drug service, the expansion and upgrading of medical care facilities, and the improvement of environmental services are all designed to strengthen the delivery of primary health care services.

The achievements of the Barbados Drug Service, introduced in 1980, have been remarkable. Through the National Drug Formulary, Barbadians are assured of continuous availability of drugs in adequate supply. The formulary is constantly being updated and improved in keeping with scientific research and development. The Special Benefit Service of the Barbados Drug Service, introduced in 1981, provides special benefits to three main categories of persons on the island. Children up to the age of 16 years, persons with chronic diseases such as diabetes, hypertension, and cancer, and the elderly in the age group 65 years and over, have been singled out as vulnerable groups in the society, eligible for the special benefits of free drugs and free medical care.



The managerial aspect of the Barbados Drug Service has performed so efficiently that it was named by the Pan American Health Organization as a Collaborating Center for drug supply management. The Drug Service has been innovative in involving the private sector in its programs and is regarded as a model, not only for the Caribbean, but also for other parts of the developing world.

In addition to developing comprehensive health care services within the primary health care system, Barbados has embarked on infrastructural development of its secondary health facilities. The development of this aspect of the health sector is evidenced by the physical upgrading and expansion of the main general hospital, the Queen Elizabeth Hospital. Concomitant with the physical development is a program of technical cooperation to enhance the managerial and technical skills of the staff of the institution.

The health sector projects and programs are intended to improve the quality of health care and to make such care accessible to all sectors of the society. The Government of Barbados, recognizing the increasing role which the community has to play in order to promote and improve health, is directing its efforts at maximizing the use of resources and stimulating individuals to participate fully in the improvement of the delivery of health care.

An intersectoral approach has been adopted as the Ministry of Health collaborates with other ministries and departments of the Government to effect desirable changes in the national health system. The Ministries of Education, Agriculture, and Finance, in particular, play a crucial role in facilitating the achievements of the health objectives formulated by the Ministry of Health.

Many target groups have been singled out as needing specialized health care and services. These include the elderly, the handicapped, and the mentally ill. The Government's policy is one of deinstitutionalization, with the State playing a leading role in providing support systems at the community level. The community is being encouraged to assume more responsibility for disadvantaged family members.

Increasing attempts are being made to provide for the social welfare of and improved health care facilities for the elderly. At present there are approximately 26,000 elderly, or 11% of the total population in Barbados. According to demographic projections, the percentage of elderly will increase, and special provision must be made to cater for this part of the population. This increase is in part the result of an increase in life expectancy which is now estimated at 72.5 years for females and 67.2 years for males. The Government of Barbados has entered into a technical cooperation agreement with the Inter-American Development Bank to finance a feasibility study aimed at reviewing the various alternatives for improving geriatric health care services by 1995 and to make recommendations for the most cost-effective way of undertaking the necessary improvements. I am happy to state that this study is being undertaken by PAHO.

Traditionally, the one psychiatric hospital which has a complement of 627 beds provides in-patient accommodation for the mentally ill. Over the last five years, although there has been a reduction in the number of first admissions to this institution, re-admissions have been increasing, accounting for 78% of total admissions in 1984. In order to reverse this trend, plans are being developed to integrate mental health services into the Barbadian primary health care system. A pilot project is currently in progress at one of the polyclinics, and on the basis of the outcome of this research, further steps will be taken to integrate mental health services into all polyclinics on the island.

The recent completion of the prefeasibility study of psychiatric services in Barbados represents another attempt to improve mental health. As in the case of the study of the elderly, this psychiatric study is being financed by the Inter-American Development Bank and executed by the Pan American Health Organization, in conjunction with a local architectural consulting firm.

Another target group for which health programs and projects have been specifically designed is the handicapped. Better services have been provided for them through expansion of educational facilities and a move has been made to have them integrated into the total health system. The Government of Barbados has also provided increased financial assistance to voluntary organizations which provide services for the handicapped.

The delivery of health care services has become an increasingly complex and demanding endeavor. We have succeeded in reducing the infant mortality rate to 17.3 per 1,000 live births, and other health indicators are encouraging. Deaths due to infectious diseases and nutritional deficiencies have decreased, and our efforts are geared to continuing the strengthening of the primary health care services and to the linkages established with other services.

Our environment is continually under stress from pollution and hazardous wastes from the increasing number of industries. Since the economy is largely dependent on tourism, it is vitally important to monitor and preserve all aspects of our environment. Programs for the disposal of waste and the protection of our beaches, coral reefs, marine life, underground water supply and food crops have all been intensified. The environmental section of the Ministry will continue to monitor all these areas and to encourage more community involvement in preserving the environment.

The Ministry of Health has focused increasing attention on improving the decision-making processes and on administrative efficiency.

There are further plans for improving morale and changing the attitude of the people toward work and productivity. The effort to improve management capability at all levels of the health sector, from the Ministry's headquarters to the community service level, will

continue. Management information systems will be strengthened since the development of health services necessitates innovative management, particularly in the light of the need to have readily accessible data with which to make informed judgements.

El PRESIDENTE: El señor Delegado del Brasil tiene la palabra.

Report of the Delegation of Brazil  
Informe de la Delegación del Brasil

Dr. SANTOS (Brasil): Senhor Presidente, senhores membros da mesa diretora dos trabalhos, senhores e senhoras. Ao longo dos últimos anos os programas de saúde do Brasil foram-se desintegrando progressivamente, acompanhados de uma deterioração da infra-estrutura de sua rede básica, que culminaram por implodir, fracionando-os em dois grandes subsistemas. O primeiro, rotulado Saúde Coletiva, administrado pelo Ministério da Saúde, e o segundo, denominado Saúde Individual, administrado pelo Ministério da Previdência e Assistência Social. Com este fracionamento a queda de qualidade dos sistema foi sem dúvida o resultado mais contundente, relegando o Brasil à sexagésima posição no "ranking" social, contrastando com a oitava posição no setor econômico.

Recuperar o sistema como um todo, unificado e integrado, oferecendo à população unidades médico-sociais em uma sequência lógica de complexidade crescente é, sem dúvida, o nosso grande desafio, particularmente considerando a extensão territorial, a população de 130 milhões de habitantes, e as grandes diferenças regionais que caracterizam a sociedade brasileira.

Analisado em seus aspectos macrosociais, a sociedade brasileira apresenta três setores distintos: O Nordeste, onde vivem 29% da população brasileira, contribuindo com mais de 60% da mortalidade infantil do país; a Região Amazônica, com densidade demográfica de 1,8 habitante por km<sup>2</sup>, onde a distribuição dos serviços de saúde se torna bastante dispendiosa por suas condições ecológicas; o Centro-Sul, cujos problemas sociais e patológicos se aproximam dos descritos nos países mais desenvolvidos.

Nessa situação tão diversa quer do ponto de vista sócio-econômico, quer nos seus aspectos ecológicos distribuem-se 130 milhões de habitantes, assistidos por serviços de saúde dicotomizados entre medicina curativa e medicina preventiva, tratadas de forma até então independentes.

A unificação dos serviços de saúde, livrando o setor desta divisão indesejável é grande desafio que se impõe à atual administração, objetivando focalizar saúde e doença ao longo de um processo contínuo, assistindo o indivíduo, sua família e sua comunidade. Com estes princípios, a atenção primária deixa de ser figura de retórica, surgindo naturalmente das práticas integradas de um sistema de saúde unificado.

Mesmo limitada a sua expansão por esse conjunto de fatores adversos, a situação de saúde da população brasileira no quadriênio 1982-1985 acusou progressos, conforme demonstram alguns de seus indicadores, quando comparados com o mesmo período anterior.

Declínio significativo na incidência das doenças preveníveis pelas vacinações; ganhos positivos nos coeficientes de mortalidade infantil, importantes progressos na prevenção e controle das enfermidades metaxênicas, com repercussões favoráveis no aumento da vida média da população brasileira.

Embora positivos estes resultados, bem maior é a magnitude dos problemas de saúde existentes que exigem soluções a curto, médio e longo prazos; problemas estes que se tornam mais evidentes à medida que melhoram as condições de infra-estrutura dos serviços de saúde, o diagnóstico precoce e a vigilância epidemiológica.

Neste contexto também cresce a importância da cooperação técnica e científica com os demais países do continente americano, particularmente com seus vizinhos mais diretos, pois a promoção da saúde, a prevenção das doenças, da incapacidade, do isolamento social, da mortalidade em idades inoportunas, são diretrizes que não admitem fronteiras físicas ou obstáculos político-ideológicos.

Na verdade, problemas de saúde hoje tolerados em determinados países poderão transformar-se em sérios e graves agressões aos países vizinhos. Este mesmo problema poderá alcançar magnitude suficiente e produzir o efeito de "boomerang", complicando e agravando as condições de saúde onde não existia como tal.

A vigilância epidemiológica é também preocupação prioritária desta administração, tendo em vista que através dela poderemos avaliar metas alcançadas e corrigir a tempo possíveis desvios de percurso em nosso trajeto a alcançar saúde para todos no ano 2000.

Neste trajeto é fundamental ter sempre presente as incertezas econômicas que consistentemente tiram a saúde das prioridades do desenvolvimento, contemplarmos as correntes migratórias internas e externas, que acarretam processos patológicos os mais diversos, as variações imprevisíveis de valores e do interesse social no campo da saúde coletiva, e os aspectos éticos fundamentais na definição de medidas de intervenção que irão integrar os programas de saúde na comunidade.

Ao lado destas variáveis de ação aleatória deveremos estimular outras capazes de manter nas suas rotas os programas de saúde, tais como a promoção da investigação científica e a incorporação sistemática dos conhecimentos de derivados, a necessidade de fortalecer um sistema de planejamento de saúde em cada um dos seus setores, bem como estabelecer serviços de informações em saúde capaz de subsidiar seu sistema maior de vigilância epidemiológica.

Este relatório focalizará as maiores tendências e direções da saúde nos últimos quatro anos.

O Ministério está empenhado na reorientação dos mecanismos de seus programas e nas inter-relações destes com outros setores do sistema de distribuição de saúde. A grande preocupação é conhecer o volume dos recursos investidos no setor da saúde por instituições as mais diversas, otimizar suas aplicações objetivando maximizar seus resultados, contribuir para conter o custo crescente da assistência à saúde, promover a descentralização progressiva do sistema quer na sua programação, quer na sua fiscalização e vigilância epidemiológica.

Assim, o Ministério da Saúde enfoca suas metas de saúde para todos enfatizando a prevenção das doenças e a promoção de saúde, preocupando-se em recuperar a infra-estrutura dos seus serviços de saúde, melhorar os mecanismos de financiamento dos seus programas, investir na pesquisa médica e criar um sistema de informações confiáveis, fidedigno e adequado às suas funções de planejamento e avaliação.

Entre as modificações estruturais acontecidas na população brasileira nestes últimos anos, a redução da velocidade de seu crescimento foi, sem dúvida, acontecimento de grande relevância para os programas de saúde pública. Tradicionalmente, a população brasileira se caracterizou por alta velocidade de crescimento, como comprovam seus dados demográficos históricos. Somente após quatro séculos e meio de existência a população brasileira conseguiu ultrapassar a marca de 50 milhões de habitantes (1950). Entretanto, para alcançar a marca de 100 milhões bastaram somente mais 23 anos, conseqüência dos altos níveis de crescimento populacional verificados entre 1950-1970. Atualmente, com uma população de cerca de 130 milhões de habitantes, o Brasil está em sexto lugar no "ranking" de população mundial.

Nestes últimos anos observamos uma redução significativa na velocidade de crescimento populacional, conseqüência da modificação no comportamento reprodutivo da sociedade brasileira com a diminuição da natalidade.

É importante ressaltar que a atual queda da natalidade no Brasil não é um fenômeno isolado. Este fenômeno também vem ocorrendo nos países classificados como de baixa renda, onde se observou uma redução de 17%. Portanto, o padrão brasileiro não é único nem atípico, embora se diferencie bastante do que ocorre nos países considerados desenvolvidos.

Examinada a taxa de fecundidade total (TFT) como medida resumo, observa-se que esta também se vem reduzindo nos últimos anos em todas as regiões brasileiras.

As transformações demográficas assinaladas não ocorrem de forma homogênea em todo o país. Persistem diferenciais de grande magnitude entre as diversas regiões e sub-regiões brasileiras. A maior redução, como se esperaria, ocorreu nas áreas urbanas, sendo maior nas regiões Norte e Nordeste do Brasil e bem menor nos estados da Região Centro Sul.

O Coeficiente de Mortalidade Infantil continua em declínio, quando se comparam as médias quadriênis. Embora reduzindo no atual período 82-85, quando comparadas com os quatro anos anteriores, as diferenças regionais persistem de forma evidente.

Para o período 1982-1985, o coeficiente de mortalidade infantil na Região Nordeste foi 104,1 óbitos por 1000 nascidos vivos, inferior ao observado na mesma região no período 1981-1984 (127,7), porém quase três vezes superior ao valor descrito para a Região Sul, que foi 38,3 óbitos por 1.000 nascidos vivos no período 1982-1985. Quando os coeficientes de mortalidade infantil são analisados ano a ano, observa-se neste quadriênio uma interrupção da tendência decrescente, com reversão da curva a partir de 1983.

Esta modificação na estrutura demográfica da população brasileira, provocou um envelhecimento notável de população, com importantes repercussões no planejamento e na provisão de serviços de saúde. No campo econômico, esta variação na estrutura etária trouxe um incremento total de 22 milhões de pessoas, que tiveram que ser acomodadas no trabalho, nas escolas, nos afazeres domésticos. A médio prazo, com a queda de fecundidade e com o aumento na esperança de vida ao nascer, o grupo mais idoso começará a pesar mais na relação de dependência econômica, exigindo maior atenção dos serviços de saúde.

No período 1982-1985 ainda persistem as distorções na infra-estrutura de saúde, caracterizadas pela dicotomia entre serviços curativos e preventivos, atuando de forma independente. Esta distinção não permite distribuição equitativa dos serviços de saúde nas diferentes regiões, com nítida preferência para os estados mais desenvolvidos em detrimento das regiões mais necessitadas do Brasil.

O subsistema de previdência e assistência social, responsável pela assistência médica individual, consome 85% dos recursos disponíveis para o setor da saúde, gastando nas Regiões Sul e Sudeste mais do que o dobro dos recursos financeiros que aplica no Norte e Nordeste. Como resultado, é evidente a concentração de médicos nas áreas mais desenvolvidas do Brasil, particularmente nos centros urbanos mais populosos, em detrimento de uma distribuição equitativa em todo o território brasileiro. Por outro lado, os recursos empregados com a medicina individual, embora arrecadados e administrados por instituições governamentais, são canalizados ao sub-setor privado, que hoje é proprietário de quase 80% dos leitos, onde trabalham dois terços dos médicos e pessoal de saúde de nível mais elevado.

Neste período, o Governo do Brasil cria em 1982 o FINSOCIAL--Fundo de Contribuição Social--administrado pela Secretaria de Planejamento da Presidência da República, correspondendo a 0,5% da arrecadação bruta das empresas públicas e privadas. Destes recursos, um terço se destina-se ao setor saúde e o restante ao setor da habitação popular, educação e proteção ao pequeno agricultor. No setor da saúde estes recursos foram

empregados na expansão dos serviços de saúde nas áreas rurais, nas regiões periurbanas dos grandes centros, no controle das grandes endemias, bem como nos programas de alimentação e nutrição administrados pelo Ministério da Saúde. Entretanto, esta nova fonte de recursos que deveria ser adicional aos recursos orçamentários do Ministério da Saúde comportou-se como fonte substituta fazendo com que o Ministério de Saúde tivesse sua participação gradualmente reduzida no orçamento da União. Como exemplo, basta lembrar 1982, quando o Ministério da Saúde teve 80 bilhões de cruzeiros, ou seja, o equivalente a 13% do gasto da previdência social no setor da saúde. Agravou-se o fato com a atuação do sistema previdenciário como agente financeiro do setor da saúde, sem controle efetivo das tecnologias em uso, limitando suas possibilidades de regular os custos crescentes e o uso indevido de tecnologias ou mesmo de reorientar a distribuição regional de seus recursos diagnósticos. Por outro lado, a dependência dos prestadores de serviços cresce à medida que os serviços se modernizam em um contexto econômico que estimula a livre empresa, onde o setor público luta para assegurar salários que permitam maior dedicação à carreira profissional.

A necessidade de se reorganizar os sistemas torna-se assim imperativa, o que se busca na atual administração, para o próximo quadriênio com a Reforma Sanitária onde se buscará resgatar a "relação população e local de moradia ou trabalho e organização social e política de base e serviços de saúde", vínculos estes menosprezados nas últimas décadas. A meta é a unificação e integração dos serviços de saúde, em um processo de descentralização progressiva, deixando ao município a maior responsabilidade das ações no setor da saúde.

A instituição do Dia Nacional de Vacinação foi, sem dúvida, um grande fator para a redução das doenças preveníveis por vacinações. Contando com o apoio de agências de comunicação social, das instituições governamentais, universidades, clubes de serviços e agências de promoção social, a comunidade tem sido mobilizada cada Dia Nacional de Vacinação, permitindo alcançar perto de 20 milhões de crianças, nas idades de risco.

No quadro que se segue estão resumidos as posições principais de doenças preveníveis.

A malária, que abrangia em um princípio 80% do território brasileiro, hoje se concentra na Região Amazônica, onde são registrados 96% dos casos de todo o país. A atual luta contra a malária tem como objetivo reduzir a incidência em zonas de alta transmissão, evitar que surja em áreas onde não existe e interromper a transmissão em zonas de baixa incidência. Nestes últimos anos notamos um agravamento progressivo do problema, embora o aumento do número de casos tenha sido muito discreto, com predomínio do P. falciparum, cuja resistência aos antimaláricos de uso mais frequente contribui para o não esgotamento de fontes de infecções para os mosquitos vetores.

Com relação à doença de Chagas sua expansão se deve à domiciliarização dos seus vetores, particularmente nas áreas rurais.

Os programas se concentram em medidas de ataque contra os triatomíneos domiciliados, com o emprego de inseticidas de ação residual, com resultados satisfatórios. Em centenas de municípios, foi possível eliminar a infestação pelo T. infestans, seu principal vetor no Brasil.

O combate ao S. mansonii, agente etiológico, bem como dos caramujos do gênero Biomphalaria, são as intervenções dos programas de controle de esquistossomose, ao lado de programas intensivos de educação sanitária.

Estas medidas tem conseguido reduzir, significativamente, as formas graves e irreversíveis da doença, bem como a prevalência desta endemia em várias regiões.

Bem mais intensiva tem sido a luta contra o A. aegypti, cuja ampla difusão no país constitui, atualmente, grave ameaça à saúde da população brasileira. Manter o A. aegypti apenas sob controle não é a solução definitiva. Isto não impedirá o risco de epidemias do dengue ou mesmo de febre amarela, já que desconhecemos a densidade mínima que impede a transmissão do dengue, assim como já foram observados casos de febre amarela no passado, como índice predial de 5%. Se considerarmos que a manutenção desse índice exige a mobilização de recursos semelhantes ao do programa de erradicação, este controle passará a ser mais dispendioso, por sua duração, com a possibilidade de o mosquito tornar-se resistente aos inseticidas.

Atualmente o Ministério da Saúde, através da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública/SUCAM, desenvolve um programa de combate ao A. aegypti no país, objetivando o seu controle.

No momento atual, o setor da saúde atravessa fase de profundas mudanças, que se fazem sentir na integração dos esforços, entre os níveis federal, estadual e municipal, com vista à melhoria da resolutividade da rede e aumento da eficiência dos serviços de saúde.

Para tanto, condições especiais necessitam ser colimadas e uma série de mecanismos desenvolvidos adequadamente. Dentre estes, os de informação são imprescindíveis para prover a necessária integração institucional e modernização setorial, isto baseado no uso dos meios de informática disponíveis. É dentro deste enfoque que se inserem as ações básicas explicitadas a seguir: a) conceituação do Sistema Brasileiro de Informações. O sistema estabelece a forma de tratamento das informações, sejam gerenciais, estatísticas ou administrativas, de maneira a prepará-las para subsidiar o processo de planejamento e decisão nos vários níveis do setor; b) criação do Centro de Informações de Saúde como unidade de coordenação do Ministério da Saúde para as questões de sistema de informação o desenvolvimento da informática; c) desenvolvimento da Rede de Informações de Saúde como meio de interligação através da informática do Ministério da Saúde com os diversos órgãos do setor e, principalmente, como os estados através de suas Secretarias de Saúde.



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

El PRESIDENTE: Me toca ahora, en calidad de Delegado, presentar el informe de Guatemala, pero antes agradezco haber sido elegido Vicepresidente de la Conferencia y felicito efusivamente al Dr. Carlyle Guerra de Macedo por su reelección.

El período comprendido entre septiembre de 1982 y septiembre de 1986 es de gran trascendencia para nuestro país, ya que se caracterizó por los esfuerzos siempre crecientes del pueblo guatemalteco por ejercer su derecho inalienable de vivir y desarrollarse en democracia. La lucha permanente de las fuerzas vivas de la nación se concretaron en enero del presente año cuando asumió la Presidencia de la República, libremente elegido por el pueblo, el Lic. Vinicio Cerezo Arévalo.

Nos corresponde en la oportunidad hacer referencia a las condiciones de salud y los progresos alcanzados durante el período; sin embargo, queremos destacar que de una u otra forma la situación de salud se vió afectada por la falta de estabilidad política, el clima de intranquilidad social y de violencia que vivió el país durante los años anteriores, lo que solo recientemente se está superando con el Gobierno democrático del Lic. Cerezo.

Como antecedente importante debemos destacar que, a pesar de los esfuerzos realizados, el registro de hechos vitales en salud presenta ciertas restricciones que han impedido tener una visión más real de lo que acontece con la salud de nuestro pueblo.

En 1982 la población de Guatemala fue estimada en 7,7 millones de habitantes, 39% urbana y 61% rural. La población hasta 18 años sumó aproximadamente 4 millones de habitantes, lo que representa el 52% del total.

En 1986 la población estimada de Guatemala, de acuerdo con cifras de la Secretaría General del Consejo Nacional de Planificación Económica, alcanza 8,6 millones de habitantes, siendo el 41% urbana y el 59% rural. Los menores hasta 18 años representan el 49%.

Estas referencias nos muestran que la población crece a una tasa de 3% anual (aproximadamente), con un incremento de la población urbana, que se puede explicar por las recientes emigraciones de la población rural a la ciudad en búsqueda de mejores condiciones de vida. La densidad de la población por kilómetro cuadrado aumentó de 71 habitantes en 1982 a 79 habitantes en 1986.

La esperanza de vida para el quinquenio 1980-1985 fue, en promedio, de 58,98 años; sin embargo, para el quinquenio 1986-1990 se tiene una proyección de 61,6. La tasa de crecimiento natural en el período 1980-1985 fue de 32,2%; en cambio para el período 1986-1990 se estima una reducción a 31,86%.

En 1982, la tasa bruta de natalidad a nivel nacional fue del orden de 38,2% nacidos vivos; en 1985 fue de 38,1%; lo que muestra su carácter estacionario, considerándose elevado en comparación con otros países.

En 1982 el número total de defunciones fue de 76.981, lo que representa una tasa de 9,7%; en cambio en 1985 el total a nivel nacional se redujo a 60.419 defunciones, o sea 8,9%, lo que demuestra una mejoría en la situación de salud.

En relación con las principales causas de mortalidad, en 1982 las infecciones intestinales ocuparon el primer lugar, con 14.415 casos. En 1985 persistían las infecciones intestinales como primera causa de mortalidad, pero con 11.737 casos el lugar no varía, pero el número total es significativamente inferior, más aún si se considera el crecimiento poblacional. Cerca del 50% de la mortalidad ocurre en niños menores de edad.

Las principales causas de mortalidad materna la constituyen las causas obstétricas, seguidas de las complicaciones del puerperio.

En la demanda de consulta externa se observa que en la mayoría de los departamentos de la República la primera causa de consulta son las infecciones respiratorias superiores; la segunda son la enteritis y otras enfermedades diarreicas, y la tercera, los problemas nutricionales.

La morbilidad por egreso hospitalario tiene su mayor expresión en las enteritis y parasitosis intestinales, la atención de partos, las enfermedades carenciales y las infecciones respiratorias.

Como se puede observar, las principales causas de la morbilidad del país son susceptibles de control por medio de programas de salud adecuados.

El análisis de las cifras de 1982 y 1985, tanto en el control de la poliomielitis y el sarampión como en la lucha contra la difteria, el tétanos y la tos ferina, muestra que existe un porcentaje de cobertura bastante similar, lo que indica principalmente que los esfuerzos realizados estuvieron orientados a atender solo el incremento de la demanda por aumento poblacional.

A nivel de la República, merece una especial referencia el programa de control de la malaria, ya que absorbe una gran cantidad de recursos y la población expuesta al riesgo sobrepasa los 3 millones de habitantes. En 1982 se notificaron 76.656 casos de paludismo; pero en 1985 los casos disminuyeron a 54.954.

En relación con los indicadores de cobertura, existen algunas dificultades para su determinación. Se estima que un 63% de la atención de la población corresponde al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, un 12% al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y el 25%

restante a otras instituciones y al sector privado. Del total de población que atiende al Ministerio, 3,9 millones de habitantes en el área rural tienen difícil acceso a los servicios.

En cuanto a la capacidad instalada reflejada por el número de establecimientos de la red de servicios, en diciembre de 1982 el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social mantenía 38 hospitales, 208 centros de salud y 577 puestos de salud, lo que significaba una disponibilidad de 8.204 camas. En 1985 los hospitales se redujeron a 35 por la fusión de algunos de ellos; los centros de salud aumentaron a 214 y los puestos a 735 unidades, con 8.329 camas en total. Esta composición muestra un interés por extender la cobertura de los servicios de salud y penetrar en el área rural, lo cual, dadas las características de población dispersa que tiene el país, constituye un avance en la mejor prestación de servicios básicos a la población.

La distribución del gasto público hasta 1985 evidencia que en términos reales y financieros la disponibilidad de fondos del Ministerio de Salud ha experimentado una disminución, más aún si se considera que el crecimiento de la población exige incrementos importantes en los servicios. Las asignaciones en quetzales para el Ministerio de Salud fueron en 1982 de Q.139,4 millones y en 1985 de Q.96,7 millones; el presupuesto del Ministerio de Salud es de un 7% del presupuesto general de la nación.

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) gastó en los programas de accidentes, enfermedad y maternidad en 1982 Q.87,8 millones, y en 1985, Q.84,5 millones, lo que demuestra también una reducción presupuestaria.

Al resto del sector salud, incluyendo tanto instituciones públicas como privadas, les corresponden los siguientes montos presupuestarios: en 1982 para el área pública Q.13,9 millones y para el sector privado Q.12,5 millones; en 1985 para el área pública, Q.9,0 millones y para el sector privado, Q.9,3 millones.

En relación con los fondos especiales para la atención médica, la estructura presupuestaria del Ministerio evidencia que en 1982 se destinó un 61,0%; en cambio en 1985 bajó a 57,1%.

El recurso humano constituye un contingente importante en la provisión de servicios de salud en diversos lugares del país, y es crítico en las regiones con mayor población indígena. En 1960 Guatemala empezó a utilizar personal voluntario para la atención de la salud. En 1982 el personal voluntario activo era el siguiente: comadronas tradicionales, 5.099; promotores de salud, 2.550 y voluntarios de malaria, 6.302. En 1985 este personal aumentó a 6.695 comadronas, 4.959 promotores activos y 7.000 voluntarios de malaria.

El recurso voluntario ha sido de gran importancia en la atención a las personas, particularmente en el área rural donde no llegan los servicios gubernamentales.

La red de servicios del Ministerio de Salud Pública produjo en 1982 egresos de 198.570 personas; en 1985 el número total de egresos fue de 218.575. El total de personas atendidas significó 2.062.978 días-estancia en 1982 y 1.996.938 días-estancia en 1985. En 1982 se contó con 8.204 camas y en 1985 con 8.329, distribuidas en diferentes servicios.

En el análisis de las cifras de ambos años llama la atención su amplia coincidencia, ya que solo el 66% de las camas estuvieron ocupadas; el promedio de días-estancia fue de 10 para ambos años, y cada cama en promedio-días fue de 24 egresos/año en 1982 y 27 egresos/año en 1985.

La similitud de las cifras, a pesar de las diferencias en cuanto a días-estancia y a egresos, se estima que se debe a que los patrones de consulta y atención se han mantenido prácticamente inalterables y por otro lado la estructura de la patología es similar.

Esfuerzos destacados: La situación de salud del país ha evolucionado lentamente; sin embargo, se han realizado algunos esfuerzos que muestran el interés de los salubristas por mejorar las condiciones del país. En este sentido, es básico destacar lo siguiente:

Modelo operativo de atención primaria de salud: Surge como respuesta a la necesidad de atender los problemas prioritarios de salud de la población mediante una acción intensiva de inmunización, rehidratación oral, control de enfermedades respiratorias agudas, letrización, atención a los problemas de malaria y desarrollo administrativo, esperando con ello desarrollar métodos y procedimientos para mejorar la prestación de los servicios de salud con énfasis en aspectos preventivos, extender la cobertura de atención a la población y posibilitar una acción participativa de la comunidad. Este modelo se inició en el área de salud de Escuintla y recientemente se ha extendido a otras siete áreas de salud del país.

Extensión y reforzamiento de los servicios de salud maternoinfantil: Este programa nació como respuesta a la necesidad que tiene el país de reducir los riesgos de morbimortalidad infantil y promover el bienestar de la familia. Se inició en 1983 y su ámbito de acción se concentró en las áreas de salud del oriente del país. Su propósito es ampliar la cobertura de los servicios de salud con amplia participación de la comunidad y desarrollar modelos de atención que respondan a los problemas prioritarios del grupo maternoinfantil. Durante su desarrollo se ha prestado especial atención al adiestramiento y supervisión permanente del personal de salud, principalmente del nivel comunitario, y ha definido normas de atención maternoinfantil, durante 1986.

Programas de salud de la seguridad social: A pesar de los serios problemas que vive el país, y que han afectado particularmente al trabajador, al empresario y al Estado, los servicios de salud de la seguridad social se han incrementado. En 1981 la población protegida afiliada y beneficiada fue de 911.400 personas; en cambio en 1985 alcanzó 1.250.000 personas.

Saneamiento ambiental: En relación con los indicadores vinculados al medio ambiente, la situación del país nos muestra que en saneamiento ambiental, a pesar de los logros alcanzados, hay que redoblar los esfuerzos para alcanzar mejores niveles de desarrollo. Se tiene clara conciencia de que mejorando las condiciones del ambiente es posible reducir los índices de morbimortalidad. En nuestro país es fácil comprobar la correlación estrecha que existe entre la alta incidencia de las enfermedades gastrointestinales y la contaminación hídrica en un medio ambiente insalubre.

Los progresos alcanzados entre 1982 y 1985 muestran que la cobertura de los servicios de agua potable aumentó de 56,4 a 58.1%, y en el área de saneamiento la cobertura aumentó de 49,3 a 53,7%; los aumentos ocurrieron principalmente en el área rural.

La población urbana beneficiada con letrinas y alcantarillado en 1985 fue el 73,2% mientras que en el área rural fue el 41,7%.

Dentro del período se estableció oficialmente el Comité Permanente de Coordinación de Agua y Saneamiento, cuyo propósito fundamental es articular los esfuerzos de las distintas instituciones vinculadas al subsector de abastecimiento de agua y saneamiento, y su acción ha estado orientada fundamentalmente a mejorar la capacidad operativa de los servicios de agua y saneamiento.

El programa de letrinización ha sido una de las preocupaciones permanentes del Ministerio de Salud.

Laboratorio unificado de control de alimentos y medicamentos: Queremos destacar el desarrollo y fortalecimiento del Laboratorio Unificado de Control de Alimentos y Medicamentos (LUCAM), que realmente constituye hoy día un laboratorio de excelencia técnica dentro del Continente y que ha logrado capacitar un buen número de profesionales del Ministerio de Salud. Cuenta con un equipamiento técnico de primera calidad y ha realizado en los dos últimos años cursos de capacitación de personal para el país, para la subregión y también para los países de América del Sur.

Desarrollo institucional: Vale la pena destacar el esfuerzo hecho durante el período para mejorar los aspectos de capacidad operativa del Ministerio del Salud, como son las áreas de programación, información, personal, presupuesto, finanzas y suministros. Otra de las tareas realizadas fue un análisis institucional del sector, tomando en cuenta

individualmente cada entidad. El estudio fue orientado principalmente a analizar los aspectos fundamentales de la parte legal, estructuras y funcionamiento, tratando de identificar los grandes cuellos de botella que estaban causando los estrangulamientos de orden administrativo.

El análisis institucional comprendió dependencias o instituciones de otros sectores, e inclusive se extendió a algunas no gubernamentales que también prestan atención de salud. Actualmente se lleva a cabo un reordenamiento técnico-administrativo de nuestro Ministerio, que tiende a dar mayor fluidez a la administración y a extender la cobertura de los servicios de salud.

Cooperación externa: Deseamos destacar el apoyo permanente de los organismos que colaboraron en los programas de salud por medio de asistencia técnica y económica. Durante el período se recibió colaboración de los siguientes organismos: Agencia para el Desarrollo Internacional (AID); Banco Interamericano de Desarrollo (BID); Fondo de las Naciones Unidas para Actividades en Materia de Población (UNFPA); Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP); Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS); Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD); Programa Mundial de Alimentos (PMA) y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), entre otros.

El Ministerio de Salud desea agradecer la apertura de colaboración de diferentes instituciones y países y reafirma su franca y firme determinación de colaborar para lograr la disminución de los daños que tanto afectan a los habitantes de Guatemala y de toda América.

El PRESIDENTE: Ahora cedemos la palabra al señor Delegado de México.

Report of the Delegation of Mexico  
Informe de la Delegación de México

Dr. SOBERON (México): Señor Presidente, señor Director General de la OMS, Señor Director de la OSP, señores Delegados. Quisiera hablarles sobre dos temas: por una parte de los avances en materia de salud en México y, por la otra, de los terremotos que ocurrieron en el país en 1985. Quisiera también indicarles que se les distribuirán varios documentos: el informe de México para el período 1982-1986 (versiones en español y en inglés; un libro que se titula La descentralización de los servicios de salud: el caso de México, en el que hay una síntesis exhaustiva en inglés y un resumen de la evaluación del Programa Nacional de Salud para el período, que se hizo a principios de 1986 y que abarca hasta 1985; un reimpreso de un trabajo publicado hace algunos meses en el American Journal of Public Health que lleva como título "The Health Care Report in Mexico Before and After the 1985 Earthquakes", y un suplemento del periódico Le Monde Diplomatique que trata de diferentes aspectos de la salud en México.

Con respecto al informe, debo aclarar que no se refiere exactamente al período indicado. Es importante señalar como antecedente que en 1981 se creó en México un organismo dependiente directamente de la Presidencia de la República, llamado Coordinación de Servicios de Salud, que tuvo la encomienda específica de determinar los elementos normativos técnicos, administrativos y financieros para consolidar un sistema nacional de salud que diese cobertura a toda la población. Este fue el trabajo que dio la pauta para que el actual Gobierno iniciara una serie de cambios legislativos que involucraron la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, el Código Sanitario, la Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social, y la Ley del Instituto de Seguridad de Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Se aprobó una enmienda constitucional, por la que se incluye el derecho a la protección de la salud en nuestra carta magna y de ahí emanó directamente la Ley Nacional de Salud promulgada en 1984, con siete reglamentos ya elaborados y leyes estatales de salud de las cuales ya se han publicado 19 y el resto, hasta llegar a 31, están en proceso de preparación. Puedo afirmar que la Legislatura No. 52, que tuvo a su cargo el período de 1982 a 1985 en mi país, es la que sin lugar a dudas ha sido más activa en legislación de salud en toda la historia de México.

Para consolidar el sistema nacional de salud se han seguido cinco estrategias. Una de ellas es la sectorización. La ley indica que corresponde al Ministerio de Salud coordinar el sector salud, que incluye todos los servicios de salud pública del país. Lo interesante es que se ha interpretado que la facultad coordinadora atañe a la ingerencia que tenemos en los procesos de programación y presupuestación de las diferentes instituciones.

La segunda estrategia es la descentralización de los servicios de salud, que se ha realizado en dos etapas. Es un proceso gradual, precisamente por las reservas mismas que mencionaba el Dr. Mahler en su discurso de ayer. En una primera etapa hay un ejercicio de coordinación programática de la cual son directamente responsables los propios gobiernos estatales, bajo la supervisión de la Secretaría de Salud y mediante la cual se aproximan las instituciones que en cada Estado prestan los servicios de salud. Cuando el proceso ha madurado, se pasa a la segunda etapa, que es la de la descentralización propiamente dicha, y en la que se fusionan en una sola institución todos los servicios de salud que atienden a lo que llamamos "población abierta", es decir, la que no es cubierta por la seguridad social. Hasta la fecha, 12 estados de los 31 del país han pasado a esta etapa de descentralización. Esto significa que entre el 40 y el 50% del esfuerzo total en salud depende de cómo se determine el número de recursos humanos involucrados, las unidades que prestan servicios, los recursos que se erogan, etc.

La tercera estrategia es la modernización de los servicios de salud, que empezó con la propia Secretaría de Salud. Dado que la Secretaría de Salud deja de operar los servicios y estos pasan a ser responsabilidad de las entidades federativas mediante el proceso de

descentralización, la Secretaría, para asumir su función de coordinadora del sector y de rectora de la salud en México, retiene las funciones de normar, planificar, evaluar y supervisar, y es un organismo de gestión financiera. Se ha llevado a cabo una simplificación administrativa; las 47 unidades centrales que teníamos se han reducido a 21 y el personal ha sido transferido a los estados para la operación del sector.

La cuarta estrategia es la coordinación intersectorial, en la cual se establecen vínculos con otras Secretarías de Estado para diferentes cuestiones que atañen a la salud. Pero no los voy a entretener a ustedes indicándoles las diferentes acciones que se han llevado a efecto, ya que están incluidas en la información que se les ha proporcionado.

La quinta estrategia es la de la participación comunitaria dentro de la cual también se han establecido distintas acciones. Con respecto a los logros sustantivos, puedo informarles que una evaluación reciente que se hizo del Programa Nacional de Salud indica que hemos avanzado de manera importante y que ya se están alcanzando algunas de las metas señaladas para fines del decenio. Reitero que esta información está consignada en los documentos que se les han distribuido, por lo que dedicaré lo que me resta del tiempo a hablar de los terremotos.

Si bien terremotos recientes de intensidad similar en otros lugares como China, Perú y Guatemala han sido muy costosos en términos del número de vidas perdidas, no ocurrió así en el caso de México. En algunos de los documentos presentados se hace una comparación con otros terremotos al respecto. El número de pérdidas de vidas en México, determinado por los certificados de defunción, fue de 4.541, aunque se sabe que hubo muchos sepelios que no fueron registrados y personas desaparecidas, lo que necesariamente aumenta el total; pero la información con que se cuenta es la que les he indicado. Sin embargo, los terremotos han sido de los más costosos en lo que se refiere a su efecto sobre el sector salud. Hubo un colapso del Hospital Juárez, de más de 500 camas, y tuvieron que ser evacuados completamente el Centro Médico Nacional y el Hospital General de México. Esto significó que, de 18.000 camas de hospital que existían en el área metropolitana de la Ciudad de México, de repente perdimos 5.000 de ellas. Además, los funcionarios de salud tuvieron que hacer frente a la emergencia que siguió al terremoto en cuestión de vigilancia epidemiológica y control y suministro del agua potable, dado que hubo roturas de la red primaria y secundaria en múltiples sitios de distribución. Asimismo, tuvo que racionarse la aplicación de vacunas, atender a unos 15.000 heridos y auxiliar al servicio forense en la identificación de cadáveres.

Una vez que pasó la emergencia se implantaron varias estrategias. Una de ellas, que llamamos habilitación, consistió en poner a funcionar cuatro sitios que anteriormente habían sido hospitales y que tenían 250 camas. Asimismo se rehabilitó lo que era utilizable y quedaba en pie, fundamentalmente el Hospital General de México y lo que no se derrumbó



del Hospital Juárez, y se inició la reconstrucción de la capacidad hospitalaria perdida. Esto significa que estamos ya en proceso de reconstrucción. En 1986 se terminarán dos hospitales de seis que se van a construir en los municipios del Estado de México y otro más en Toluca, para racionalizar la oferta hospitalaria en la extensa área metropolitana de la Ciudad de México. Se habla de otro hospital más que se construirá en el Distrito Federal con ayuda de la Comunidad Económica Europea y se ha reforzado fundamentalmente la red de atención primaria de salud. Menciono esto porque la capacidad de recuperación ha sido importante en función de que existían estudios de precios para la descentralización de los servicios de salud en el Distrito Federal.

Termino agradeciendo a todos los países hermanos de las Américas, de Europa y de otros continentes que nos asistieron en los momentos de la tragedia y nos han tendido la mano después para poder levantarnos. En forma especial, quiero expresar nuestro agradecimiento a la OPS y a la OMS. Además de los importantes recursos financieros que nos proporcionaron para hacer frente a la emergencia, tuvimos el apoyo de la OPS con su equipo para casos de desastres y se ha obtenido una rica experiencia que puede ser utilizada para casos similares en otros países. Específicamente, con la ayuda de la OPS, establecimos una unidad técnica que se ocupó de toda la planificación de la reconstrucción y rehabilitación de los servicios de salud. Muchas gracias a todos.

El PRESIDENTE: Muchas gracias, señor Delegado de México. Le cedemos la palabra ahora al Delegado del Perú.

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

Dr. TEJADA DE RIVERO (Perú): Gracias, señor Presidente. Primero quisiera transmitir las felicitaciones de parte de mi Gobierno y las mías propias al Dr. Carlyle Guerra de Macedo por su merecida reelección al cargo de Director de la Oficina Sanitaria Panamericana. En 1985, dos meses antes de que se inaugurara el nuevo Gobierno del Perú, me tocó informar a mis colegas de los países de las Américas sobre una nueva política nacional de salud, con siete lineamientos que nosotros considerábamos traducían fielmente todos los principios que se originaron en la Conferencia de Alma-Ata y que se orientaban a alcanzar la meta de salud para todos. Había, junto con esos lineamientos de política, un mandato para el Gobierno y una voluntad política de cumplir ese mandato. Se trataba, no de administrar mejor los servicios, sino de cambiar fundamentalmente la situación de desigualdad y de abandono de las grandes mayorías nacionales en cuanto a su situación de salud. Al cabo de un año, es muy importante compartir con ustedes las experiencias positivas y negativas de ese esfuerzo de cambio fundamental.

¿Qué se ha podido hacer, qué no se ha hecho, cuáles son las dificultades? Antes que nada, quisiera mencionar que nosotros diseñamos una estrategia, no un plan de salud en el sentido clásico. Era una

estrategia fundamentalmente política, orientada a tratar de crear primero las condiciones necesarias para el proceso de cambio y, en segundo lugar, de llevar a cabo un proceso de cambio sumamente difícil dado el contenido y la trascendencia de los lineamientos de política.

Durante los primeros meses se prepararon los instrumentos legales que pudieran facilitar ese proceso. El Parlamento aprobó un proyecto de ley que otorga al Poder Ejecutivo la facultad de legislar en el campo de la salud, por medio de decretos legislativos con fuerza de ley. Así se pudo promulgar una revolucionaria Ley Orgánica de Salud que ha permitido una serie de cambios que de otra manera hubiesen requerido un trámite difícil y largo a través de los mecanismos normales de la hermenéutica parlamentaria.

Se ha hecho una labor de difusión, motivación e información acerca de estos lineamientos de política, y se planteó en forma decisiva, como el único sector de todo el Gobierno, una descentralización efectiva que fuese más allá de lo simplemente declaratorio. Esta descentralización se presentó a través de la Ley de Presupuesto de 1986, en virtud de la cual la totalidad de los recursos financieros, humanos y materiales pasan a la autoridad descentralizada a nivel de los departamentos en que se divide el país. Y se ha realizado una reformulación de los programas, de acuerdo con las prioridades específicas de la política, especialmente en lo que se refiere a inversiones.

Se van a distribuir algunos documentos en los que constan los aspectos fundamentales de la política de salud, y también hay otros informes que complementan esta brevísima presentación.

Pero cuál ha sido el balance después de estas medidas preparatorias con respecto al cumplimiento de esta política, y cuáles han sido sus problemas? Es verdaderamente muy difícil tratar de introducir un cambio cuando existe una burocracia establecida y consolidada, cuando existe un sentido de pertenencia a grupos, un falso gremialismo, un falso sindicalismo, frente a las necesidades de salud del pueblo, y cuando existe aquello que mencionara el Director General de la OMS: una crisis de confianza en el grado de cumplimiento de todas estas aspiraciones compartidas universalmente.

El lineamiento fundamental de la política de salud en el Perú fue la participación popular en todo el quehacer de los servicios de salud a lo largo de todo el proceso del desarrollo de la salud y principalmente en el manejo, en la administración, en la supervisión y en el control de los recursos y de los servicios. Se crearon para este fin todos los mecanismos facilitadores posibles; sin embargo, los resultados no son todavía lo que nosotros esperábamos, porque es muy difícil vencer la costumbre de las autoridades de salud y de los funcionarios de los servicios de salud que a través del tiempo han estado acostumbrados a entregar los servicios en forma paternalista o misionera, teniendo total y absoluta desconfianza de las calidades y capacidades del pueblo. Hay, en algunos casos, temor al pueblo, temor a la participación popular.

En cuanto a la descentralización, a pesar de estar consolidada en la Ley de Presupuesto, no ha sido posible lograr que funcione completamente ya que los departamentos no están preparados para esa función. Pero sobre todo el problema se ha debido a una falta de mentalidad descentralista en quienes anteriormente clamaban por la descentralización, porque la descentralización significa la entrega de la autoridad y la capacidad de tomar decisiones frente a la utilización de los recursos, y las decisiones conllevan inevitablemente las consecuencias de los conflictos que siguen a cualquier tipo de decisión. Anteriormente era mucho más fácil elevar los problemas hacia los niveles superiores y no participar en esta capacidad decisoria.

Con respecto a la acción multisectorial, se ha avanzado mucho en la cooperación con otros sectores. Baste mencionar el de la vivienda. Antes, el 96% de los recursos se destinaban a la construcción de viviendas de clase media alta; hoy en día el 70% se invierte en agua potable y saneamiento básico, principalmente en pequeñas localidades y en zonas rurales. En el sector de la agricultura y en el de la pesquería, anteriormente la mayor preocupación era proteger la agricultura y la pesca de exportación y de industrialización. Actualmente casi más de la tercera parte de los recursos agrícolas y de los recursos de pesquería están orientados a la alimentación popular. Lo mismo se puede decir del sector de la educación: la próxima campaña nacional de inmunizaciones será llevada a cabo casi exclusivamente por los alumnos de secundaria y por los maestros de las escuelas. Se están desarrollando asimismo una serie de programas de reforma educacional para la adecuación de los recursos en las universidades.

Solamente quiero añadir que como parte de la readecuación del sector salud y de sus instituciones, el Gobierno acaba de dar un paso decisivo tomando una decisión política, a través de un decreto que fue posible gracias a la Ley Orgánica de Salud, para la integración funcional de los servicios de salud del Instituto Peruano de Seguridad Social y del Ministerio de Salud, que ya se está poniendo en práctica en muchas partes. Se trata de una integración funcional también descentralizada. Se han creado autoridades de integración en cada uno de los 25 departamentos del país. La integración se está haciendo en función de las capacidades y de las posibilidades de cada uno de los establecimientos de ambas instituciones, no como un modelo único racional sino de acuerdo con las diferencias que existen de una región a otra y de un departamento a otro y la disponibilidad de los recursos de las dos instituciones.

Quiero finalmente insistir en que este proceso, este esfuerzo difícil de poder hacer una revolución en salud dentro del espíritu del que todos estamos hablando, tiene en el caso del Perú un lugar adecuado de experimentación. Nosotros queremos que los organismos internacionales, principalmente aquellos vinculados a la salud como la OPS y la OMS, puedan participar, para beneficio de los demás países, en esta experiencia sumamente difícil pero que está orientada precisamente a cumplir con las metas de Alma-Ata y con la meta social de salud para todos en el año 2000. Muchas gracias.

El PRESIDENTE: Muchas gracias, señor Delegado del Perú. Cedemos ahora la palabra al Delegado de Venezuela.

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

Dr. PADILLA (Venezuela): Muchas gracias, señor Presidente. Señor Director General de la OMS, señor Director de la OSP, señores Delegados. La Delegación de Venezuela siente especial satisfacción en felicitar al Dr. Carlyle Guerra de Macedo por su reelección como Director de la Oficina Sanitaria Panamericana. Igualmente queremos expresar al Dr. Mahler que compartimos el pensamiento expresado en su mensaje presentado en la primera sesión plenaria de esta Conferencia. Pienso que debemos referirnos a ciertos aspectos relativos a la interrelación entre economía y salud --ya la OMS tuvo la previsión de escoger ese tema para las Discusiones Técnicas de la Asamblea, creo fue del año 1987 ó 1988--puesto que la mayoría de los países latinoamericanos estamos recibiendo el impacto negativo y limitante de la crisis económica que nos afecta.

Venezuela tiene una economía basada fundamentalmente en la industria petrolera, la cual representó alrededor del 80% del ingreso nacional hasta 1980 y, a partir de entonces, alrededor del 65%. En 1983 el sector moderno de la economía representó el 58% de la población económicamente activa y el sector formal, el 42%. El producto nacional bruto creció de manera sostenida en la década de 1970, y en 1980 era de US\$59.000 millones y el ingreso per cápita de US\$4.270. Las tasas de desempleo en esa época eran inferiores al 10% de la población económicamente activa. En el período 1981-1984 la economía se caracterizó por la recesión y la inflación y el producto nacional bruto tendió a un crecimiento negativo. La deuda pública exterior se incrementó vertiginosamente y la tasa de desempleo se elevó al 14% de la población económicamente activa. El costo de la vida ascendió en un 22% en 1982 y en 17% en 1984. El salario real disminuyó entre un 11% y un 4% anual y el 69% de los hogares tuvieron ingresos inferiores al costo normativo de la canasta familiar.

A partir de 1984 se inició un proceso encaminado a la búsqueda de una amplia colaboración nacional entre empresarios, trabajadores y otros sectores--que se denomina pacto social--dirigido a reajustar la economía mediante el refinanciamiento de la deuda externa, la disminución del gasto público, la reactivación del aparato productivo y el desarrollo de un conjunto de medidas compensatorias en defensa del salario real y la disminución del desempleo.

Venezuela ha tenido tradicionalmente sistemas públicos de salud y de educación de gran desarrollo. Para 1982 el analfabetismo era del 13% entre la población mayor de 15 años y la tasa específica de escolaridad, que es educación primaria, era de 93%. La situación de la vivienda constituye un problema importante y se ha estimado que el déficit es superior al millón de unidades y que alrededor del 25% de la población

habita en viviendas inadecuadas. Se ha estimado que entre el 10 y el 15% de la población acude a los servicios privados de salud. El hecho de que los servicios públicos sean gratuitos frente al alto costo de la vida determina que aún el grupo de población de adecuado nivel económico acuda a los primeros, especialmente para enfermedades que requieren hospitalización. El subsector público está constituido por una serie de servicios de salud que se han creado al amparo de diversas disposiciones legales y cuya cobertura poblacional permita que los usuarios puedan acudir indistintamente a varios servicios. Desde el punto de vista legal, el Ministerio de Sanidad y de Asistencia Social ofrece servicios a toda la población. La cobertura organizativa de las diferentes instituciones es muy variable y los procedimientos administrativos tienden a concentrar al poder de decisión en el nivel central, con muy poca delegación de autoridad. La coordinación interinstitucional, que hasta hace poco era prácticamente inexistente, se ha fortalecido en los últimos meses gracias a la política del actual Gobierno, el cual ha prometido implantar un sistema nacional de salud.

El Ministerio es una entidad de la administración pública creado por decreto y cuya finalidad es la planificación y la realización de actividades del Poder Ejecutivo nacional dentro del sector salud. Esas actividades comprenden la protección, promoción y recuperación de la salud, los programas de saneamiento ambiental referidos a la salud pública, la atención médica y la asistencia social. En atención a la preocupación por la definitiva implantación del sistema nacional de salud, el Ejecutivo nacional ha creado por decreto la Comisión Rectora del Sector Salud, integrada por representaciones técnico-institucionales de las diferentes organizaciones que conforman el sector venezolano. Dicha Comisión ha venido realizando un trabajo sostenido con objetivos definidos y ya se logró la introducción de un anteproyecto de ley en el Congreso de la República.

Otra de las acciones organizativas emprendidas con gran prioridad en el período se refiere a la educación, a la adecuación de la estructura de los servicios para la prestación de la atención primaria de salud. Esto ha involucrado la realización de acciones en el área de capacitación de personal, adecuación de los modelos estadísticos, sectorización geográfica poblacional y programas de construcción de establecimientos para la ampliación de la cobertura.

Los logros de estas acciones, inscritos dentro del marco de política para el año 2000, deben producirse en el mediano plazo; los indicadores de seguimiento así nos lo hacen ver. Este cambio de política que se ha apreciado en el país ha conducido a progresos impresionantes en el fortalecimiento de la infraestructura sanitaria, en lo relativo a remodelación y construcción de establecimientos de salud tales como dispensarios, centros de salud y hospitales en los medios rural y urbano. Actualmente está en ejecución un plan trienal de construcción de 200 centros de atención primaria ambulatoria de distintos niveles. Esperamos contar con financiamiento del BID para la construcción,

dotación y funcionamiento de estos centros de salud. Esta plataforma de servicios de atención primaria será el soporte fundamental del futuro sistema nacional de salud, cuyo proyecto de ley ya está en discusión en el Congreso.

En lo referente al régimen de prioridades establecido dentro de las estrategias de atención primaria, se han identificado los siguientes programas y acciones. El Programa Ampliado de Inmunización ha tenido una extraordinaria importancia en la prevención de algunas enfermedades y se han obtenido logros muy trascendentes en cuanto a poliomielitis, tos ferina, difteria, tétano y sarampión, siguiendo los procedimientos estratégicos. En cuanto al reto de erradicar la poliomielitis en el continente americano en el quinquenio 1986-1990, creemos poderlo lograr en nuestro país, ya que con la vigilancia epidemiológica se ha venido registrando en los últimos años un número de casos por año inferior a cinco.

En el sector de la salud maternoinfantil y la planificación familiar, la protección de la madre y el niño constituye uno de los programas clásicos en nuestra organización sanitaria. El año pasado la OPS realizó una evaluación de las actividades del programa en Venezuela, con resultados bastante satisfactorios en cuanto a rendimiento y cobertura, así como a participación activa de la comunidad en el desarrollo del mismo. Pensamos que estas experiencias podrán extenderse a otros países de la Región.

El programa nutricional que realiza el Instituto Nacional de Nutrición en escala nacional está dirigido a los grupos de alto riesgo, como son los lactantes menores de 1 año, los preescolares de 3 a 6 años, los escolares de 6 a 12 años y las embarazadas. Dichos programas tienen como objetivo mejorar el estado nutricional de los niños menores de 6 años y de las embarazadas, reducir los índices de mortalidad y morbilidad entre dichos niños y contribuir a reducir los índices de morbilidad y mortalidad maternas.

Por lo que se refiere al abastecimiento de agua y al saneamiento básico, en el país se está consciente del compromiso adquirido en el plan de la OMS para el Decenio y, en este sentido, durante los últimos cinco años se han logrado progresos importantes; así, en las zonas urbanas el 96,5% de habitantes tiene servicios de agua potable y en las zonas rurales, el 67%.

En cuanto al programa de medicamentos esenciales, la estrategia de atención primaria es de capital importancia para solucionar el problema de la inadecuada distribución de medicamentos. Para ello es necesario desarrollar políticas relativas a la importación de materia prima, producción local, venta y distribución de medicamentos y productos biológicos, a fin de garantizar la disponibilidad de dichos medicamentos en los niveles de atención primaria de salud al menor costo posible y con la garantía de calidad, inocuidad y eficacia.

En el sector del uso indebido de estupefacientes, el país se encuentra en una lucha frontal contra el tráfico de drogas. Nuestra posición geográfica, estratégica para el tráfico aéreo y marítimo internacional, nos obliga a ser claros ante esta problemática; el Gobierno nacional ha dado muestras y pruebas notables de su empeño en realizar una serie de actividades encaminadas a combatir el grave problema del narcotráfico. Con tal fin, en el plano nacional ha sido de primordial importancia la promulgación en 1984 de la Ley Orgánica sobre Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas, dando así un alcance más amplio a nuestra legislación en materia de drogas. En el plano internacional, la iniciativa de Venezuela del 12 de agosto de 1984 fue suscrita por la llamada Declaración de Quito, que califica el narcotráfico y el uso indebido de drogas como problemas de inmensa gravedad por su magnitud y sus graves efectos perniciosos.

Finalmente, cabe mencionar dos programas que han sido fortalecidos y ampliados en su cobertura nacional: el de salud mental y el de odontología rural. Todos estos esfuerzos organizados por los gobiernos democráticos se han traducido en resultados de gran impacto y, al analizar nuestros principales indicadores de salud, nos encontramos con unos datos bastante moderados: una mortalidad general de 4,7%, una mortalidad infantil de 27,3% y una expectativa de vida de 71,3%. Muchas gracias, señor Presidente.

El PRESIDENTE: Muchas gracias, señor Delegado de Venezuela. Antes de suspender la sesión vamos a escuchar la presentación del Delegado de Suriname.

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

Dr. JESSURUN (Suriname): Mr. President, Dr. Mahler, Dr. Macedo, esteemed colleagues. First of all, please do not accuse the public address system of malfunction, or the translator for failing to translate my speech. I am afraid that my English at times may not sound like English at all, but please bear in mind that our native language is Dutch and this sets us apart somehow in this Organization. I must say, though, that I am very honored to be here and on behalf of my country I wish, Dr. Macedo, to congratulate you on your re-election

Again we are convened here in Washington, for this, the XXII Pan American Sanitary Conference. It is a very special occasion recurring every four years, a moment in which we reflect upon the victories and successes we have achieved in our ever-enduring battle against ill health and the sufferings caused by it. It is the moment also in which we ponder upon new themes and fresh strategies in order to pursue our common goal. It is the time and the place when and where we forget our differences knowing that only through concerted efforts will we be able to achieve health for all by the year 2000.

Mr. President and distinguished delegates, allow me to briefly highlight some of the major developments which have taken place in Suriname in the past four years. A further decrease in foreign currency reserves and a growing national budget deficit are illustrative of the continuing economic crisis in my country. This situation of course seriously affects the health care delivery system. A fixed ceiling for expenditures in the health sector and increased demand for services from the public sector due to deterioration of the employment situation and other negative social factors create an environment in which management is faced with critical issues. The setting of priorities increases in importance. All this has reinforced our belief that the only way to deal with this situation is through the development of primary health care.

We have placed emphasis on the development of a network of health centers and health posts in which fully comprehensive health services can be offered to the public. The physical facilities for this network have been constructed in the past four years and right now are becoming fully operational.

Included in the services to be offered are those which formerly belonged to vertical programs, such as control of tuberculosis, leprosy, sexually-transmitted diseases, and intestinal parasitic disease. In order to deliver these services, besides their normal routine medical practice all involved health professionals have undergone extensive training in epidemiology and the management of health care problems. The training program is an ongoing activity and evolves around real life health problems in field settings. Needless to say, PAHO technical cooperation has been instrumental in implementing these profound changes. It will be our main strategy in establishing a truly primary health care system.

An important element of primary health care is a rational approach to the use of pharmaceuticals. In anticipation of the formulation of a national drug policy, some steps have already been taken to achieve a more rational use of drugs. An Essential Drug List has been established and contains some 500 items. At this moment the de facto situation is that only those drugs that are listed are available for distribution. It is intended, however, to enact legislation that will provide a more secure legal basis. A national committee, consisting of representatives of the Ministry of Health, the Medical Association, pharmacists, and the State Health Insurance Foundation, will periodically review the list.

Another component of a national drug policy will be the continuing education of health professionals in rational drug prescription practices. A first series of lectures is now being prepared, and this program will start early in November. Together with this approach, educational material will be developed for the general public. We think that general consumption of drugs is heavily influenced by our cultural and historic traditions. Some cautious analysis of expenditures on drugs hints at high per capita consumption compared with other third world countries.



It is our expectation that with the establishment of a national drug policy and the implementation of its program activities considerable savings could be achieved, which in the present economic squeeze could be redirected to other essential elements of our national primary health care system.

One important program activity that could profit from the aforementioned savings is the health education program, especially the component relating to the Expanded Program on Immunization and the control of diarrheal disease. A recent review of these programs carried out by PAHO staff members identified the strengths and weaknesses of these programs. Among other things, lack of qualified staff and lack of educational materials were pointed out. Although the evaluation report has been very favorable to the immunization and diarrheal program, we feel that much more should be done in the field of health education. We quite agree with the statement made by the Director-General of WHO when he says that for people to actively participate in their health care system and to make intelligent choices for their own health they first need education. To achieve this we are investing more personnel and more funds in the health education unit of the Ministry of Health.

The main finding of the evaluation process was the confirmation of immunization coverage for the period 1983-1985. The program increased coverage to 89% in 1985, starting with about 30% in 1982. Detailed statistical information on the immunization program as well as on other aspects of the health care system will be made available to Delegates separately.

Other activities carried out in the field of maternal and child health services include the production of a manual for the feeding of infants and young children, a basic nutritional requirements list, and a booklet on menu planning for diabetics. As new food processing industries are being developed in Suriname, the Department has also been very much involved in the supervision of the production of infant feeding formulas.

Special projects that were started in the period under review concern epidemiological studies, road traffic accidents, suicide, and analysis of mortality data. Preliminary data suggests that among adolescents, road traffic accidents and suicide through the use of insecticides, mainly paraquat, take a heavy toll in lives lost, as well as in permanent injury. Thanks to the introduction of microcomputers, data can now be more quickly and accurately analyzed. As a result of this, data on pesticide poisoning have already been published in the latest PAHO Epidemiological Bulletin.

A cause for great concern remains the skyrocketing costs of hospital services. The operating budgets of the publicly owned hospitals have increased from a mere US\$11 million in 1982 to \$20 million in 1986. Government subsidies to private hospitals increased to about US\$1.5 million, while the amount owed to them has not as yet been calculated for

the period 1983-1985. These increases mainly reflect increased personnel costs and inflation. Given the limited resources available to the health sector, one can imagine the consequences of these developments. Expenditures shift away from maintenance, medical equipment, and supplies. The results are slowly deteriorating buildings, abandoned equipment, and a decrease in the type and quality of services provided, especially where laboratory and X-ray services are concerned. A drastic reorganization of the whole hospital sector needs to be implemented and a more realistic role within a primary health care system needs to be assigned to it. However, this is easier said than done. Established interests and pressure groups have not been eager to reconsider these necessary options. It will take time and confrontation with economic realities to bring about these changes.

The State Health Insurance Foundation which was founded in 1981 is entering its second phase of growth. Initially established to guarantee medical and hospital benefits to government employees, it has expanded to include workers of State corporations and small business enterprises. The package of benefits has expanded to include reimbursement for optical lenses, physical therapy, and dental care, although the last is still limited to emergency and simple dental care.

The number of persons covered by the insurance scheme and registered with a physician increased from 82,259 in 1981 to 144,088 in 1984. The total cost to the organization in that period has increased from US\$7.5 million to \$18 million. The most marked cost increases are attributable to increased salaries for medical personnel and administrative costs. It is expected that these increases will now level off as no more large additions of people are expected into the scheme and no other new benefits will be included. As things stand now, almost the entire population is covered against medical costs in some way.

Mr. President and Honorable Delegates, we still are a long way from our goal of health for all, and the time remaining to achieve it is slowly but surely dwindling away. It requires from us sustained efforts and arduous labor. Let us hope that we find inspiration and renewed enthusiasm for this task in the deliberations of this august body. We pledge our support to the Pan American Health Organization in fulfilling its responsibilities during the coming quadrennium and to mutual cooperation with Member States in ensuring not only health for all, but through it, peace among nations. Thank you.

El PRESIDENTE: Muchas gracias, señor Delegado. Vamos a tomar solo 15 minutos de descanso, por favor, porque todavía nos quedan 120 minutos para concluir la sesión.

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.

El VICEPRESIDENTE: Vamos a comenzar la siguiente etapa con la presentación del Delegado de Granada.

Report of the Delegation of Grenada  
Informe de la Delegación de Granada

Mr. WILLIAMS (Grenada): Our Director-General of WHO, Dr. Mahler, our Director of PAHO, Dr. Macedo, Ministers of Health, delegates, and distinguished persons. I consider it an honor to submit a brief report on the past four years of the health situation in Grenada. I will first refer to the address of Dr. Mahler and to the report of Dr. Macedo yesterday as two great treats, both of which supplied those of us who heard them with additional resources to assist us to do our jobs in the delivery of health services. The Grenada Delegation joins other Delegations in congratulating Dr. Macedo on his election and in wishing him a very successful further term of office.

It is with mixed feelings of accomplishment and apprehension that I present to this Pan American Sanitary Conference this overview of health in the State of Grenada during the past four years. This small State of 133 square miles is made up of three islands: Grenada, Carriacou and Petit Martinique, with a population of about 96,000. Of the three islands, Grenada is by far the largest, with 120 square miles. The four-year period under review can be divided into three: from August 1982 to October 1983 the country was governed by the People's Revolutionary Government; from November 1983 to December 1984 there was an interim Government which consisted of councillors (they can be better described as ministers), who advised the Governor-General on the administration of the country; and, of course, from December 1984 to date, the present democratically-elected Government, of which I have the honor to be the Minister of Health, Housing, Community Development and Women's Affairs.

The State is served by three hospitals. One of these, known as the General Hospital, provides the acute and the complicated medical and surgical services as well as the specialist and consultancy services; and to this hospital an Eye Clinic and a Psychiatric Unit are attached. The other two hospitals provide services in the less-complicated medical and surgical areas. There is a mental hospital with accommodation for about 145 patients. There is a geriatric home fully maintained by the Government, and four others that are not Government-administered but receive varying degrees of government assistance. There is a private medical clinic and three private nursing homes. The private nursing homes have accommodation for paying geriatric cases.

The State is also served by 27 visiting stations, six health centers and a mobile unit that visits small villages.

The State is divided into six medical districts. Doctors paid by the Government reside in each district and make their rounds to the visiting stations and health centers. There is a primary health care team headed by a team leader to serve the primary health care needs of each of the six medical districts.

There are three categories of doctors practicing in Grenada. There are those who work exclusively for the Government, those who work for the Government and then carry on a private practice when they have put in their required number of hours with the Government, and those doctors who carry on an exclusively private practice.

The Ministry employs dentists who serve all the districts. There are dental chairs and other facilities in all the hospitals and health centers and a few of the visiting stations. A few of our dentists are Government-employed and others are wholly private.

The services outlined above were more or less general for the past four years, but there were improvements and innovations during those years. The following are a few of those innovations and improvements:

A three-year health plan was prepared in 1982, which became operative in 1983 and ran from 1983 to 1985. This health plan laid down the guidelines in health for the Ministry of Health. All three Governments during the past four years adopted and used the health plans, with adaptations to suit varying conditions. A team of experts, headed by a health planner, is now preparing a five-year health plan to carry on from the one that expired at the end of 1985.

The system of primary health care was well accepted by the Ministry of Health in 1982 and continued right on until today and will not only continue, but the Ministry will keep on strengthening and re-planning it to suit the needs of the people of Grenada. The Ministry of Health accepts the primary health care system as the approach to the goal of health for all by the year 2000. The primary health care team was commissioned during the past year to make deliberate thrusts in imparting health education. The Ministry feels that health education is the most important component in the primary health care system. The primary health care team consists of each of the health workers at the district level, which include doctors, nurses and environmental officers. The Ministry of Health conducted a Health Week which ran from 20 July to 4 August 1986. The main thrust of the "Week" was health education to educate people to accept that a certain minimum knowledge of health is essential, to take proper care of themselves, not to sit passively and leave all matters of health in the hands of doctors, nurses and other technical health officers. Accordingly, there were programs in the districts and villages where, for example, blood pressure and other tests were taken and films on health matters were shown. There were talks on the radio each day on the essential areas of health, for example sanitation, refuse disposal, nutrition, water and uncontaminated food, and attention was given to prevalent diseases, for example, diabetes, hypertension and cancer. There were also programs on vaccination, and vector control and data and statistics were collected during Health Week that will be useful for further planning. The activities of Health Week were warmly accepted.

The Ministry embarked, between 1984 and 1985, on the training of local personnel for maintenance and repair of hospital equipment. This training was successfully done and the local personnel can do all the routine maintenance and most of the repairs needed. Prior to this period, maintenance was at a very low level and, quite frequently, machines would be out of use because of minor repairs. Today, equipment is always prepared for use.

Our Eye Clinic is updated to the extent that from 1985 certain types of surgery and other treatment for which patients were sent abroad can now be taken care of in Grenada. Besides, doctors and nurses were trained to carry out tests so that, in their routine, whenever they identified patients with eye problems they could be referred to consultants. Also children in school have been screened to ascertain defective eye conditions. Children found to have sight problems are also referred to the consultants.

A substance abuse center, known as Carlton House, was established to deal with drug abusers. The preparation for this Center started in 1984 and it was opened in January 1985. Although the Center is intended to treat all substance abuses, most of the cases dealt with are alcoholics. The Center falls within the administration of the mental health system.

Toward the end of 1985 and in the first few months of 1986, the children in the primary schools in Carriacou and Petit Martinique were screened in a pilot program to measure growth, detect sickle-cell anemia, and test vision. Ninety-eight per cent of the children were screened. The results are all computerized and they record the health profile of each child, and the children who were found to have health problems are now being treated in a second phase of the program.

In 1985, a national anemia survey was carried out with the technical assistance of the Caribbean Food and Nutrition Institute. The results showed widespread anemia, especially in pre-schoolers and pregnant and lactating women. As a result, a strategy for anemia is being implemented this year which will include mechanisms for ongoing monitoring of anemia status.

Following a household survey of the handicapped in 1984 and 1985, a consultant pediatrician has been assessing the needs of disabled children with a view to planning services and providing assistance to families in as practical a fashion as possible. A first shipment of equipment for these disabled children is already on order.

Up to 1985, garbage disposal was done by emptying bins into open trucks to carry the garbage to dump sites. Since 1985, the Ministry is using mainly compactive vehicles specially designed to dispose of garbage. This system is tidy and much appreciated by the solid waste workers.

In the past year or so, great efforts were made in intersectoral cooperation. The Ministry of Health has been having some success in this endeavor, especially with the Ministry of Education and the Department of Food and Nutrition. Greater efforts will be made to foster intersectoral cooperation.

Although I can easily identify achievements over the past four years, I have great apprehensions about meeting some of the present and future demands of the health services. The cost of maintaining services are increasing while the revenue for maintaining these services is actually declining. Our general hospital is an old building. Repairing is costly and building a new one is well beyond our financial ability. Repairing seems counter productive and building a new one from local resources seems impossible. To a small nation a few gifts and donations go a long way, but when these are threatened we become nervous.

The Ministry of Health is pleased with its record of building six new visiting stations and a health center this year. The construction of the seven health facilities started in 1986 and all are expected to be completed before the end of 1986. These facilities will bring the Ministry quite close to its target whereby no one will have to travel more than two or three miles from home for medical attention. But it must be stated that the seven facilities are gifts of the Swedish-based institution known as Radda Barnen. And many of our achievements mentioned above have been with the assistance of donor agencies. For example, the upgrading of our laboratories and the training of our technical staff were done with financial assistance from Project Hope; the compactor garbage trucks were gifts of the United States Agency for International Development (USAID) and South Korea; and our advances in ophthalmology were made through assistance from the International Eye Foundation and USAID.

A small State with a small population has certain inherent drawbacks. For example, there are highly specialized areas where there will not be a sufficient workload to employ certain specialists, for instance a neurologist, on a full-time basis. This particular difficulty is apparently going to be solved through the intervention of the Pan American Health Organization. An investigation is now being undertaken by PAHO with the Organization of Eastern Caribbean States (OECS) to ascertain instances where there is insufficient work to keep certain specialists fully employed in one small State, but by rotating them between the small States they can then be fully occupied. The Ministry of Health supports this endeavor. Although I am fully cognizant of the constraints arising from limited finances, the Ministry of Health in Grenada has made decisive progress during the past four years, and I am optimistic that with assistance from friends and our own ingenuity we will continue to make advances in health, keeping optimistically in mind the hopeful goal of health for all by the year 2000.

El PRESIDENTE: Muchas gracias señor Delegado de Granada. Se da la palabra al Delegado de Antigua y Barbuda.

Report of the Delegation of Antigua and Barbuda  
Informe de la Delegación de Antigua y Barbuda

Dr. O'MARD (Antigua and Barbuda): I am pleased to present, even in brief, sketchy and disjointed form, a report on the progress in health in Antigua and Barbuda between 1982 and 1986.

Under the heading "Development of Health Infrastructure," primary health care has been accepted as the chief means by which the goal of health for all will be achieved. Emphasis was therefore placed on the development of health infrastructure. At an intersectoral workshop, important recommendations were presented. A program for the implementation of these recommendations has since been prepared. Wider involvement of the community and other sectors is planned. Legislation has been brought up to date: for instance, an Act has been passed, the Holberton Hospital Act has been amended, and other Acts are going to be passed shortly. Various categories of health workers have been trained. Several health centers have been improved and equipped to meet this change in emphasis; the dental unit of the health center at St. John's has been modernized and facilities are now available for a school dental auxiliary and a school dental hygienist to work effectively. At the Holberton Hospital, a general hospital, there have been major structural improvements. These include a new children's ward constructed and equipped to provide better care, especially neonatal care. The medical laboratory is being expanded and equipped, and there has been modernization of the diagnostic radiology department, which is now under the supervision of a full-time radiologist.

Under the heading "Human Resources Development," in addition to the training of staff to meet the expansion and improvement of the departments already mentioned, other staff members, such as family nurse practitioners, public health nurses and other nurses have been trained to meet the demands of the expanding service. Other personnel have been trained for the development of a better health information system.

Under the heading "Vital Statistics," respiratory tract infections and diarrheal diseases continue to be the leading causes of mortality and morbidity in young children, but there has been some improvement in the nutritional status of such children. Oral rehydration therapy is effectively controlling the severity of diarrhea and reducing the need for hospitalization. Malignant neoplasms, cerebrovascular diseases, heart disease and hypertensive disease remain the principal causes of death, but a significant number of deaths can be attributed to diabetes mellitus and other chronic diseases.

The provision of adequate water supply is receiving serious consideration. With the assistance of international donors, especially USAID, Antigua has made significant progress in increasing the supply of water. The Antigua Public Utilities Authority has embarked upon several projects to improve the quality, quantity and distribution of potable

water supply to the nation. Exploration and development of several wells have increased the supply of ground water. Storage tanks have been installed, while work has commenced on the installation of a desalination plant to produce 2 million gallons of water per day.

There has been much concern about environmental health. Preliminary proposals have been developed for the improvement of liquid and solid waste disposal. Community participation will form an integral part of the program for improving solid waste disposal. The Aedes aegypti program has been strengthened and biological control components have been introduced.

The immunization program has been expanded to include immunization against measles, mumps and rubella. The level of coverage for diphtheria, pertussis, tetanus and poliomyelitis was over 94% throughout the quadrennium. In fact during 1985, the ideal figure of 100% coverage was achieved.

The food and nutrition program has been strengthened. The program of teenage pregnancy is being addressed by developing a youth and family life education program. The dental health program has placed emphasis on prophylaxis. Surveys are being carried out among schoolchildren and a fluoride rinse program has been established. Although the acquired immune deficiency syndrome is not yet a serious problem, steps have been taken to educate health workers and staff on the epidemiology of this disease, and assistance in this respect has been received from the Caribbean Epidemiology Center.

Antigua and Barbuda have benefited from cooperation with PAHO/WHO in several fields. The PAHO/WHO office for Caribbean Program Coordination has assisted through its staff members as well as through short-term consultants. Together with other Commonwealth Caribbean countries, Antigua and Barbuda will focus on priority projects within the areas covered by the Caribbean Cooperation in Health initiative. The World Food Program has been involved in a program for supplementary feeding of vulnerable groups. UNFPA has assisted with programs for youth involvement in family life education. USAID has provided a loan to help Antigua and Barbuda to meet its water supply needs. The Commonwealth Fund for Technical Cooperation has also assisted in strengthening the water supply program. In summary, it can be said that Antigua and Barbuda has used the past quadrennium to meet the goals of the Drinking Water and Sanitation Decade and to develop a strategy for providing better health for all its citizens.

May I say in conclusion that we are very grateful to all the friends who have helped us, because without your help we could not have achieved what we achieved. I want to place on record our gratitude to the United Kingdom, the United States of America, Canada, Venezuela, CARICOM, and PAHO, and, particularly, our gratitude for the sympathetic understanding and warmth that we have found in the Director of PAHO, to whom we say: congratulations on your reappointment, Antigua is behind you.



El PRESIDENTE: Muchas gracias, señor Delegado de Antigua y Barbuda. Tiene la palabra el Delegado de la Argentina.

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

Dr. STORANI (Argentina): Señor Presidente, señor Director, señores Delegados. Por lo que se refiere a la evolución de la salud en la República Argentina, el último cuatrienio tiene que dividirse inexorablemente en dos partes: 1982 y 1983-1985.

El primer año corresponde a la última etapa del gobierno autocrático y dictatorial militar que presidió la Argentina durante siete años, durante el cual se abrogaron las libertades públicas, se echó por tierra el régimen de la seguridad social, se dejó de lado la Constitución Nacional y, finalmente, se liquidó el sistema económico social argentino. Esto trajo como consecuencia un cambio sustancial en la evolución política y social del país, que tenía bastante bien ordenado el régimen de atención de salud, ya que la Argentina, a través de varias décadas, había logrado crear un sistema de asistencia social con obras vinculadas al régimen sindical, al Estado nacional, y a las provincias, y con acciones mixtas que protegían a una buena parte de su población. Los hospitales públicos, que durante muchos años recibieron una inversión importante del Estado y de los presupuestos nacionales y provinciales, subvenían a las necesidades de atención de salud y a las prestaciones sanitarias de la Argentina.

Esto cambió con el régimen que se instauró después del golpe militar de marzo de 1976 y que duró hasta 1983, año en que reasume el poder la democracia, exactamente el 10 de diciembre. En esos siete años el sistema financiero y la economía se transforman de forma tal que solo un segmento de la sociedad argentina es beneficiaria de la mayoría de los bienes materiales y una porción importante del pueblo argentino, los de menores ingresos, va perdiendo paulatinamente los beneficios sociales que había tenido en el pasado, simultáneamente con el descenso del poder adquisitivo del salario. Al mismo tiempo, el país se endeuda peligrosamente, con una cifra que llega a ser ocho veces mayor que el total de las exportaciones de un año; en el momento de la instauración del Gobierno democrático la deuda externa alcanzaba la extraordinaria cifra de US\$45.000 millones.

Al asumir el Gobierno constitucional, el Presidente Raúl Alfonsín declara prioritarios los sectores de la salud y de la educación, tal como rezaba en el programa y la plataforma de su partido, que el pueblo votó por mayoría, prioridad que reconocen también los otros partidos democráticos para la restauración de la Argentina. Una vez asumidos esos deberes democráticos, hemos reiniciado el camino hacia la restauración del régimen social argentino. Así, hoy podemos exhibir un sistema con 337 obras sociales que protegen a 22.337.000 socios o beneficiarios

--hombres, mujeres y niños. Entre esas obras hay una, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, con tres millones de beneficiarios de la tercera edad que gozan de atención de salud y otros beneficios sociales y que es, desde luego, la obra social más importante de la América del Sur. Este régimen de obras sociales restaurado en la Argentina está en plena y franca recuperación y protege al 80% de la población del país.

Para restablecer el equilibrio, sentar unas bases de justicia y dignificar al hombre como objeto y sujeto fundamental de la acción del gobierno, tal como este lo prometió, hemos puesto en marcha el mecanismo de una ley cuya fundamentación filosófica tiende a igualar a todos para la atención de salud. Se trata del Seguro Nacional de Salud, que está en la asamblea legislativa desde septiembre de 1985, discutiéndose en las comisiones de la Cámara de Diputados de la nación, recibiendo el aflujo, el aporte y el enriquecimiento de los sectores correspondientes. Van a estar directamente vinculados como ejecutores del sistema 75.000 médicos y varios miles de odontólogos, bioquímicos y demás auxiliares de la medicina, además de clínicas, sanatorios y otros organismos privados, con todas las instalaciones e instrumentales médicos adquiridos por la Argentina a través del tiempo, así como el hospital público que, a partir del Gobierno democrático, ha vuelto a tener la máxima prioridad en la atención de salud en la República Argentina.

Quiero poner de manifiesto ante ustedes que el Gobierno del Presidente Alfonsín, frente a un descalabro económico de la magnitud que he señalado, no dejó de cuantificar la importancia prioritaria de la salud y ha aumentado en un 21% el presupuesto de 1986 con respecto al de 1985. Esta cifra pone de relieve la importancia capital que damos a la asistencia de salud y está directamente vinculada con la disminución porcentual de los gastos militares y la reducción del número de conscriptos y de personal militar reclutado en el mismo lapso en la República Argentina en las tres Fuerzas Armadas y en el resto de las Fuerzas de Seguridad.

Paralela suerte corre la educación, ya que consideramos de manera tajante que la educación y la salud son esenciales para dignificar al ser humano, bien supremo del Estado. Pero, señor Presidente, esto exige una lucha muy dura, y apenas estamos al comienzo del camino, pues los efectos devastadores de un pasado que cambió cualitativamente la atención de salud en la República Argentina produjeron daños muy difíciles de reparar; es preciso desandar un camino de injusticias para poder invertir la situación.

Me referiré ahora a un hecho que no sé si se repite en algunos de los países hermanos de América: la simbiosis armonizada de los efectos sociales de la atención de salud con el régimen de seguridad social, que están perfectamente armonizados y van a la par en la República Argentina. Quiero decir que estamos trabajando para unificar todo el sistema, sin perder de vista que debemos ser integralistas y universalistas en esta

materia. Es por ello que logramos en el período que menciono de los últimos casi tres años de gobierno--ya que se cumplen el 10 de diciembre de 1986--mejorar sustancialmente algunos índices, como el de mortalidad infantil que actualmente es de 29,5 por 1.000, cuando habíamos llegado a cifras que superaban 40 por 1.000. La distribución de alimentos a las zonas marginales y de marginación social, que en la Argentina habían alcanzado cifras e índices pavorosos al final del período que antes calificué de depravación económica, se ha hecho a través del plan alimentario nacional, una experiencia inédita en la República Argentina, que ha consistido en la creación, dentro del Ministerio de Salud y Acción Social, de la Secretaría de Promoción Social. Esta Secretaría ha levantado un censo de alrededor de 1.2 millones de familias distribuidas en todo el territorio nacional que reciben mensualmente una caja con alimentos, lo que ha mejorado notablemente el índice nutricional y este, a su vez, el índice de asistencia a la escuela y el coeficiente mental de los niños en las escuelas de las zonas marginales.

Por lo tanto, podemos afirmar que los conceptos que hemos tenido en cuenta en este tiempo han sido positivos, siguiendo los lineamientos que oportunamente hemos sabido asimilar de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de la Salud.

Quiero señalar, por último, que tenemos muy claro que estos conceptos están implícitos y van ligados fundamentalmente a la capacidad y a la posibilidad del desarrollo con independencia, a la paz, a la desmilitarización y a la desnuclearización. Nuestro Presidente argentino ha puesto en marcha un régimen de solidaridad continental y hemos paseado por el mundo el régimen y la bandera de la libertad. Muchas gracias.

El PRESIDENTE: Muchas gracias, señor Delegado. Cedo la palabra al Delegado de Honduras.

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

Dr. VILLEDA BERMUDEZ (Honduras): Señor Director-General de la OMS, señor Director de la OSP, señores miembros de la Mesa Directiva, señores Delegados. Deseo transmitir nuestro caluroso saludo a los dignos representantes de los países y organismos que participan en esta XXII Conferencia Sanitaria Panamericana.

Una vez más estamos reunidos los emisarios de la salud del nuevo Continente, exponiendo paladinamente nuestros esfuerzos, nuestros éxitos, nuestras desilusiones, nuestras más vivas realidades. Unos evidenciando su capacidad para cambiar el medio ambiente en donde viven y otros, con menores fuerzas, todavía obligados a adaptarse a este medio natural. En todo caso, aquí estamos hoy, todos juntos, manteniendo una comunicación dentro del humanismo científico.

La República de Honduras, ubicada en la parte media del istmo centroamericano, goza en este momento de un clima de tranquilidad política interna, pero su tierra ha recibido y continúa recibiendo los importantes desplazamientos de grupos humanos procedentes de países vecinos en donde se producen grandes confrontaciones.

Por otra parte, los embates de la crisis mundial se han reflejado en los aspectos socioeconómicos del cuatrienio, básicamente notorios por la prevalencia de cambios estructurales adversos en el producto interno bruto, la escasa diversificación de bienes y mercados, el deterioro de los términos de intercambio, el elevado endeudamiento externo y una educación afectada por altas tasas de deserción y fracasos escolares. Esto conforma el escenario en el que, a pesar de observarse durante el período 1972-1983 un descenso del 14,2 a 8,3 por 1.000 habitantes en la tasa de mortalidad general; de 117 a 78,6 por 1.000 nacidos vivos en la tasa de mortalidad infantil, y un incremento de 53,1 a 62,6 años en la esperanza de vida al nacer, el nivel de salud alcanzado no es aun satisfactorio.

Continuamos enfrentándonos con el espectro de enfermedades que caracterizan a los países subdesarrollados, como son la desnutrición, las infecciones respiratorias agudas, las enfermedades diarreicas, las enfermedades parasitarias e inmunoprevenibles, la tuberculosis y la malaria. A pesar de ello, la utilización de tecnologías adecuadas, como la rehidratación oral y las inmunizaciones, han evitado mayores deterioros en la salud.

Nuestra política de salud ha sido definida en función de la meta "salud para todos en el año 2000", revitalizando a partir de 1982 el proceso de extensión de cobertura y ratificando las estrategias de atención primaria y participación comunitaria para alcanzar tan noble meta.

El sector salud está conformado por instituciones públicas, privadas y descentralizadas y, aunque todavía no se halla fuertemente articulado, se han logrado grandes avances en términos de integración mediante la creación de organismos interinstitucionales que aúnan sus esfuerzos para alcanzar objetivos comunes. Dentro del sector, el Ministerio de Salud Pública tiene una cobertura en atención de alrededor del 70% de la población general, con una organización de servicios por niveles de atención establecidos con criterios de complejidad ascendente.

Dentro del marco descrito, los logros alcanzados en materia de salud son tanto de orden cualitativo, como de orden cuantitativo.

En el aspecto cualitativo se destaca la creación de algunos programas, como los de control de enfermedades diarreicas, control de infecciones respiratorias agudas, planificación familiar y lactancia materna, educación para la salud y control del cáncer. Asimismo, se han desarrollado e implantado sistemas como el de programación local a nivel

rural y urbano marginal, suministros a nivel nacional, vigilancia de la cadena de frío y monitoría y evaluación de la supervivencia infantil. Igualmente se ha avanzado en la dotación de equipo, principalmente a los servicios del nivel primario de atención, así como en el reforzamiento de la capacitación del personal institucional y del personal voluntario de la comunidad. En la búsqueda del fortalecimiento de la integración sectorial y extrasectorial, se han establecido, entre otros órganos, la Comisión Nacional de Recursos Humanos de Salud, el Comité Nacional de Agua Potable y Saneamiento y la Comisión de Integración Ministerio de Salud-Instituto Hondureño de Seguridad Social.

Cuantitativamente, se ha logrado un incremento en la extensión de la cobertura de un 11% en los establecimientos de salud, básicamente a expensas de establecimientos del nivel primario de atención. En lo referente a la atención del niño, nuevamente señalamos el descenso de la tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos de 117 en 1972 a 78,6 en 1983. En términos de inmunización se ha extendido la vacunación, por razones epidemiológicas, al grupo de edad de menos de cinco años y se han alcanzado coberturas satisfactorias. En el grupo de menos de un año los incrementos de vacunaciones observados entre 1981 y 1985 son de 36 a 58% para la poliomielitis, de 34 a 58% con DPT, de 34 a 53% para el sarampión y de 41 a 65% con BCG.

Una encuesta nacional de salud maternoinfantil realizada en 1984, ha señalado que el 83% de las mujeres gestantes recibieron control prenatal al menos en una ocasión y que el 86,4 de los partos fueron atendidos a nivel institucional o por personal comunitario.

En cuanto al saneamiento ambiental, durante el período se construyeron 578 acueductos para beneficio de más de medio millón de habitantes.

Referente al control de la malaria, ha disminuido la incidencia de la enfermedad, de 1.410 casos por 100.000 habitantes en 1981 a 786 por 100.000 habitantes en 1985.

Estamos conscientes de que los avances logrados en materia de salud aun no alcanzan los niveles óptimos deseados. Creemos que gran parte de los mismos se deben al alto grado de concientización de la población, puesta de manifiesto en la participación comunitaria, y a la cooperación técnica y financiera de organismos internacionales y de países amigos, enmarcados dentro de las prioridades y los objetivos de salud fijados por el país.

Un panorama esperanzador se vislumbra al haber promulgado las nuevas autoridades del Gobierno de la República una serie de lineamientos políticos orientados al desarrollo económico y social que, aunados al Plan de Necesidades Prioritarias de Salud de Centroamérica y Panamá, se espera cristalicen en una mejoría significativa de la situación de salud. En tal sentido, se han creado dos entes importantes que agrupan

varios sectores: el Gabinete de Desarrollo Social, que dirige, orienta y coordina al más alto nivel político las actividades fundamentales en materia de desarrollo social, y la Comisión Nacional de Supervivencia Infantil, que es el eje integrador de las acciones para la atención de la salud del binomio madre-niño.

Queremos finalizar nuestra intervención transmitiendo a ustedes el pensamiento que orienta nuestros pasos en la incesante búsqueda de mejores niveles de bienestar para nuestro pueblo: Declaramos nuestro compromiso con la población, el cumplimiento con la mayor convicción, entrega y dedicación a las labores, el desarrollo de una mística de servicios y una fe inquebrantable en lo que se hace. Estos serán los factores capaces de vencer los obstáculos que se presenten.

Y todo ello para que no siga siendo cierta aquella terrible expresión de Keyserling, que habrá sido repetida más de una vez en este foro, quien refiriéndose a los países de escaso desarrollo decía: "No es la tierra la que pertenece al hombre, sino el hombre quien pertenece a la tierra". Muchas gracias.

El PRESIDENTE: Muchas gracias, señor Delegado de Honduras. Tiene la palabra el Delegado de Santa Lucía.

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

Dr. HAYES (Saint Lucia): I too would like to add my compliments to the Director on his very comprehensive, lucid and realistic report. I also would like to add my congratulations to him on being re-elected to the high position of honor of Director of the Pan American Sanitary Bureau and the Pan American Health Organization. Through him I can see this honor also being accorded to the country from which he comes, Brazil; and it is not without significance that the Director, who comes from Brazil, the only Portuguese-speaking country in this Hemisphere, has been re-elected today and that Portugal has been accorded the position of observer status at the same time. It is not without some significance, I believe, that the two events have occurred simultaneously.

I would like to say that health is wealth, and if the health of a nation is the wealth of that nation, then we who work in health are engaged in perhaps the most important aspect of the life of a country, the wealth of that country, the wealth through the well-being of the people who form that country, and that is the true essence, in my opinion, of health. We are dealing with people, we are dealing with human beings, we are seeking to promote the improvement of the standard of living, of the quality of life through health--mental health, bodily health--and eventually people will use the mental health and bodily health to promote and improve their own spiritual health, which is perhaps the most important of all the aspects of health.

In this period of economic austerity to which both the Director of PASB and the Director-General of WHO referred, what is Saint Lucia doing in order to assist itself, in order to look for alternative means of maintaining health in its country? We in Saint Lucia have tried to maintain our standards of health through planning, through better management and utilization of our scarce resources, both financial and human, supplemented by technical cooperation from friendly Governments. Within the Ministry of Health itself, we have established a planning unit, specifically for the Ministry of Health, and a member of our staff is to be trained in planning and management with the assistance of the Pan American Health Organization. One of the important measures to which we are giving attention is population control, because the population of a country determines the economic development of that country and in countries such as ours, one of the smaller Caribbean territories, where the population is increasing fairly rapidly, there must be a measure of control exercised over the growth of that population. Therefore, in Saint Lucia, through organizations like PAHO, WHO, UNFPA, IPPF and Tulane University, we have been able in the past quadrennium to carry out the training of health personnel in family planning techniques and to provide family life, education, and counseling services in schools and communities. We have been able to carry out programs for the development and delivery of family planning, maternal and child health services, on an integrated basis at all of our 30 health centers throughout the island. It is now possible for any Saint Lucian to walk into any health center during working hours and obtain contraceptive supplies and advice free of charge. We have disseminated family planning, family life information, through the media, through radio and talks and panel discussions, and we have established a peer counseling program for adolescents in three communities in Saint Lucia in order to encourage responsible sexual attitudes among teenagers.

Saint Lucia was the second Caribbean country to have a national population policy prepared by a task force and approved by its Cabinet of Ministers for implementation (the other country, incidentally, is Jamaica). Subsequently, a high level multisectoral national population council, under the chairmanship of the Minister of Health was established to implement this policy. It is now being implemented. Through the instrumentality of an organization based in the United States of America, Project Hope of Virginia, we have been able to have a family life education program for our schools and to evaluate it. It is now in the course of being prepared and we hope to apply it very shortly in order to address the serious problems of overpopulation in the smaller developing nations. We will have this subject introduced in the schools in the form of family life education, which will seek not merely to teach the biological process of reproduction, but to improve the relationship between parents and children and to bridge the generation gap so that with better family life there will be better understanding of the family concept and the concept of the smaller family. Promotional and education activities aimed at creating greater awareness about the dangers of population growth are being carried out. We had a Population Awareness

Week just a few weeks ago, and this was highly successful in projecting the dangers of population growth. In this program we were assisted considerably by the CARICOM Secretariat in Guyana.

I would like to say that all that has been stated in this Meeting by the Delegates of the smaller Caribbean territories applies to Saint Lucia to a greater or lesser degree, so that if I were to go into the statistics of what we are accomplishing in reducing mortality and morbidity rates, in promoting the immunization program for children with assistance from the Rotary Clubs, if I were to say what we are doing in advancing our nutrition program in training nutritionists in Saint Lucia, with great help again from Project Hope, it would all be the same. But the essential objective is to see that our people live a better life, that we raise their standard of living, that we improve their quality of life, and we promote the wealth and dignity of the human person to the standard where there will be virtually a heaven on earth and peace will reign supreme in our life.

El PRESIDENTE: Muchas gracias, señor Delegado de Santa Lucía. Cedo la palabra ahora al Delegado de San Cristóbal y Nieves.

Report of the Delegation of St. Kitts and Nevis  
Informe de la Delegación de San Cristóbal y Nieves

Dr. MORRIS (St. Kitts and Nevis): I should like, first of all, on my country's behalf to offer sincere congratulations to the Director upon his re-election for another term.

The Federation of St. Kitts and Nevis, which became a member of PAHO in 1984, has adopted the primary health care approach as an integral segment of its health policy. The Ministry of Education, Health and Community Affairs, which is charged with the delivery of health care within this twin-island nation of some 269 square kilometers with a population of 46,000, is promoting this approach as well as providing secondary and tertiary levels of health services as best as it can, given the too familiar condition of financial constraints.

Health care in the Federation is provided from two general and two "cottage" hospitals, with a total of 360 beds. These are supplemented by 17 health centers, strategically sited on both islands and within three statute miles approximately of each other. Additionally, there are geriatric facilities on both islands with 100-bed and 34-bed capacities, respectively, as well as a recently-acquired psychiatric unit located at the main referral center, where specialist services in surgery, obstetrics, ophthalmology, internal medicine and pediatrics are dispensed. Patients needing specialist care not available within the Federation are referred to regional organizations and institutions.



Services provided in the health sector at the 17 health centers include maternal and child health care, antenatal clinics, midwifery, child health clinics, school health, home visiting, hypertension and diabetes clinics, minor treatments by physicians clinics, family planning, and health education. The aims and objectives of our policies, just to name a few, are to establish a firm foundation of health at birth and during the formative years and to ensure the mental and physical development of our children by providing mothers, infants, pre-schoolers and students in each community with wide health coverage and preventive care. Another aim is to coordinate and integrate the preventive and curative aspects of the services dispensed by health centers and hospitals.

What are some of our problems? No country is without its health problems and St. Kitts and Nevis is no exception. The areas where problems are identified are infant mortality, teenage pregnancy, nutrition, diabetes, hypertension and gastroenteritis. These are currently being addressed with satisfying results. Following a three-year study of deaths occurring in the neonatal period, it was revealed that these occurred during the first week of life and were mainly due to prematurity and respiratory complications in the persons who died. The steps adopted to prevent infant mortality included the training of individuals in neonatology and the introduction of the perinatal record. Consequently, there has been a substantial decline in infant mortality. The introduction and availability of oral rehydration therapy at all health centers has resulted in a substantial decrease in the number of cases of gastroenteritis within the Federation.

The school health program was updated in 1985 for full implementation this year. The aims of the service range from helping students at school to achieve the best possible physical and mental health so that they can obtain the full benefit from education to health promotion and disease prevention. Some components of the school health program are dental care; health and family life education; control of communicable diseases and immunization; school feeding program and nutrition surveillance; finding, investigating and supervising handicapped children; and environmental health surveillance counseling. The activities include medical examinations at ages 5 and 11 and before children leave school. All health defects are referred to the district medical offices.

Hypertension and diabetic clinics have been established to deal with these diseases. Diabetics receive insulin daily at the respective health centers, and the nurses also administer insulin on non-working days and also on public holidays. Home visiting by nurses in the different districts is a vital aspect of the public health nursing services.

I list now some of the new activities introduced between 1983 and 1986. We had glaucoma screening in 1983, 1984, 1985 and this year; we have introduced the Denver Development Screening Test; we have sent

family nurse/practitioners to specific areas; we have had the measles immunization program, which was introduced in 1984; we have used the Caribbean Growth Chart; we have conducted screening for hearing loss; and we have introduced perinatal recording.

Activities of the Public Health Inspectorate include training in solid waste management, rodent and insect/pest control, food hygiene, environmental sanitation, water quality control, to name a few, and it is gratifying to note that our solid waste management has improved because of the purchase of new vehicles. Water quality control is another aspect of our health service delivery system and this is being rapidly promoted.

Family planning activities are conducted in 17 of our clinics, and these service units are well distributed, making services available and acceptable to the clients. I would like to note at this point that the acceptance of the several methods has increased over the years under review, and that one can see a reduction in the number of children being born.

Family life education is another vital component of the health delivery system and this is a part of our education program--it is within the school, it forms an integral part, not only of the school system, but at the teachers' college level, where the teachers themselves are trained in this subject; and of course in the schools it is very well promoted.

With my time almost up, I would like at this point to thank PAHO and all the other supporting agencies for the help they have given over this quadrennium.

El PRESIDENTE: Muchas gracias, señor Delegado. Tiene ahora la palabra el Observador de España.

STATEMENT BY THE OBSERVER FOR SPAIN  
DECLARACION DEL OBSERVADOR DE ESPAÑA

Dr. AZA (Observador, España): Gracias, señor Presidente. Señor Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, señores Delegados. Quiero, en primer lugar, transmitirles el saludo del Ministro de Sanidad y Consumo de España, Julián García Vargas, que hubiera deseado estar presente en esta ocasión para renovar los compromisos de mi país con esta organización como país observador. Los debates presupuestarios en curso le retienen en España, y me parece inútil manifestarles a ustedes, hombres que proceden de la política, la importancia que tiene el debate parlamentario en los parlamentos democráticos.

Dr. Guerra de Macedo: permítame decirle con voz, como buen observador, ya que no hemos podido decírselo con voto, cuánto nos alegramos, cuánto le felicitamos por su elección y cuántos buenos deseos llevan estas modestas palabras. Sus objetivos son inmensos, sus mandos son casi utópicos, pero tendrán nuestro apoyo y nuestra colaboración.

Creo que España ha sido capaz de demostrar en muchas ocasiones que las utopías son realizables cuando se tiene fe en el futuro y en nuestras capacidades, y España realmente tiene fe en el futuro de la América deprimida de hoy.

Unas palabras para dar la bienvenida a un país hermano y amigo, también hermano en nuestra condición de observador. La Delegación de Portugal contará siempre con el amistoso apoyo de nuestras modestas posibilidades en condiciones observadoras.

Señoras y señores Delegados, desde 1983, un importante número de países latinoamericanos ha tratado de buscar soluciones para la crisis centroamericana. El conflicto en esa región se debate entre cuestiones políticas y de seguridad, en donde la violencia desgraciadamente aun juega un papel relevante. Sin embargo, no debe olvidarse que nos encontramos ante las manifestaciones de las raíces socioeconómicas cuya injusticia ha aumentado la crisis. Por ello, la contribución al concepto de paz puede y debe hacerse mediante apoyo político al proceso de Contadora, pero también es necesario actuar sobre las causas profundas de ese conflicto. En este sentido, la sanidad constituye un campo donde, mediante la cooperación, es posible ejercer una acción positiva con relativa independencia de los contenciosos políticos. En estos términos se dirigió el Presidente del Gobierno español a los Presidentes y Primeros Ministros de los países miembros del Consejo de Europa, en julio de 1985, para solicitar su apoyo a la Conferencia que se celebraría en Madrid en noviembre del mismo año bajo el lema "Contadora, salud para la paz en Centroamérica y Panamá".

Por desgracia, los hechos son muchas veces testarudos y la situación a la que nos referíamos en noviembre de 1985 sigue presentando los mismos elementos conflictivos. Los programas de acción elaborados por los países de Centroamérica y Panamá, con la valiosa colaboración de la OPS, siguen por lo tanto constituyendo una aportación sectorial a la paz en Centroamérica más allá de las vicisitudes del difícil y necesario diálogo político. Los pueblos no pueden esperar a que demandas de bienes elementales como la salud se pospongan hasta alcanzar una solución política en el sentido más puro. Cuando la política no pierde su horizonte, cuando no recurre a la retórica, atiende entonces inexorablemente al último destinatario de la acción del gobierno y de los poderes públicos, es decir al ciudadano y, de esta forma, la política recupera su noble razón de ser.

En este sentido, el Gobierno español ha venido interpretando las necesidades del diálogo para la paz en Centroamérica. Promovió por ello la Conferencia de Madrid en 1985 y, como consecuencia de la misma, tomó una serie de medidas para concretar la colaboración de mi país con el Plan de Necesidades Prioritarias de Salud en Centroamérica y Panamá. En primer término, fijó la cantidad de US\$10 millones de dólares en cinco años para planes de acción bilaterales y regionales. En segundo lugar, con el fin de dar cumplimiento a sus compromisos y conseguir el mejor

aprovechamiento de nuestras capacidades técnicas y profesionales, el Gobierno español sostuvo este año conversaciones con la Organización Panamericana de la Salud para poner a punto un programa de acciones para el mencionado quinquenio.

Fruto de estas relaciones ha sido un calendario aprobado para 1986 en el que España ha ofrecido los siguientes programas en el área de formación de recursos humanos: un curso para planes hospitalarios para situaciones de desastre para 25 participantes, un curso de farmacia hospitalaria para 24, un curso de técnicas de radiología para 25, un curso de documentación e información sanitaria para 10, un curso de técnicas de laboratorio para 20, un curso de capacitación de técnicos de instrumentación médica para 4, un curso de formación de directores de áreas y hospitales de primera línea para 18; y además, un ambicioso programa en cinco áreas de cooperación técnica para formación de recursos humanos en proyectos subregionales de medicamentos esenciales. No son cifras vacías, porque casi todas ellas tienen hoy nombre y apellido, las listas de las personas que podrán empezar, a partir de ahora y hasta finales de año, a beneficiarse de este plan, puesto de común acuerdo entre la OPS y España, está ya en poder de la Organización. Estos programas naturalmente quedan completados con los de la cooperación bilateral siempre dentro del Plan.

Al seleccionar todas estas acciones las autoridades españolas se han atenido a cuatro criterios fundamentales: 1) que fuera parte del Plan de Necesidades Prioritarias de Salud en Centroamérica y Panamá; 2) que la OPS avalara técnicamente estos programas; 3) que respondieran al principio del efecto multiplicador, y 4) que no excluyeran a ningún país de la Región.

A continuación, el Gobierno español ha preparado con la OPS la firma de un acuerdo para regular las relaciones que estableceremos en los próximos cuatro años, que nos permitirá programar en ese plazo otras acciones didácticas y de formación técnica tanto en España como en la subregión.

Creo, señores Delegados, que estos son algunos aspectos que, como país observador, España entiende que pueden interesar a esta Conferencia. Es mucho lo que queda por hacer, pero en materia de salud no hay derecho a hacer esperar. Nosotros deseamos que este "puente para la paz", como se denominó el Plan de Necesidades Prioritarias de Salud en Centroamérica y Panamá, sea efectivamente una contribución internacional para la mejora de las condiciones sociales sobre las que entendemos se deben construir los sistemas representativos y pluralistas en la Región. Muchas gracias.

El PRESIDENTE: Muchas gracias, señor Observador de España. Si bien no es el momento de hacer comentarios, me veo obligado a agradecerle, en nombre de Centroamérica y Panamá, los esfuerzos del Gobierno español en pro del bienestar de nuestros países.

ITEM 3.3: REPORTS OF THE MEMBER GOVERNMENTS OF THE ORGANIZATION ON PUBLIC HEALTH CONDITIONS AND PROGRESS ACHIEVED IN THE INTERVAL BETWEEN THE XXI AND XXII PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCES  
(resumed)

TEMA 3.3: INFORMES DE LOS GOBIERNOS MIEMBROS DE LA ORGANIZACION SOBRE LAS CONDICIONES DE SALUD PUBLICA Y LOS ADELANTOS LOGRADOS EN EL INTERVALO TRANSCURRIDO ENTRE LAS XXI Y XXII CONFERENCIAS SANITARIAS PANAMERICANAS (reanudación)

El PRESIDENTE: A continuación, cedo la palabra al Delegado de Trinidad y Tabago.

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

Dr. ECKSTEIN (Trinidad and Tobago): Allow me on behalf on my Delegation and Government to extend sincere congratulations to you, Mr. President, and to the officers who have been elected to guide the affairs of this XXII Pan American Sanitary Conference. We feel confident that under your expert guidance the business of this Conference will be conducted with the impartiality and wisdom that we have come to expect at these meetings. We also extend congratulations to the Director on his reappointment for a second term.

Trinidad and Tobago, the southernmost islands in the Caribbean chain, had in 1985 an estimated population of 1.15 million people, with 46% of the number under the age of 19. A review of our vital statistics reveals a maintenance of mortality rates and patterns similar to industrialized countries. However, our crude birth rate, at 29.2 births per 1,000 population in 1983, was far from our 1980 goal of 19 per 1,000 population. We are a young developing country engaged in building the health system infrastructure needed to improve the health status of all people, and over the past four years we have implemented some of our strategies designed to reach our goal of health for all by the year 2000.

Significant changes have taken place in the economy of Trinidad and Tobago since the XXI Pan American Sanitary Conference. Traditionally, the base of our economy has been petroleum and petroleum products. With the decline in oil prices, there has been a downturn in the economy and we have had to adjust to the economics of a declining revenue base.

Fortunately, to date there have been no cutbacks in health services expenditure, and the Minister of Health and Environment has continued not only to maintain the level of services but indeed to expand them to meet the changing health needs of all people. The underlying objectives that have guided our activities over this period include eradicating the communicable diseases vulnerable to vaccines and reducing the incidence of other communicable diseases; improving the availability of and accessibility to primary and secondary health care services and strengthening tertiary medical care; expanding public health from basic

sanitation to include the protection of the environment; improving the efficiency of the health care delivery system; and developing special services in the following areas: dental health, mental health, occupational health, control of sexually-transmitted diseases, veterinary public health, food and drug quality control.

I will now elaborate upon some of our achievements related to the above objectives. The immunization program continued to be high on our priority list during this period. We are now nearer our 1990 goal to have all children under the age of one year immunized against DPT and polio. Coverage improved for this age group from 52% and 46% for DPT and polio respectively, in 1981, to 75% for both in 1985. Already 100% of expectant mothers are immunized against tetanus. Within the last two years the immunization schedule has been expanded to include measles, rubella and yellow fever. There were 3,549 cases of measles in 1985, but we are confident that with intensified public education programs we will increase immunization coverage to children between 1-2 years and reduce the number of cases reported annually to 500 by 1990.

Trinidad and Tobago can report progress with respect to two other communicable diseases. We have remained free of endemic malaria but continue to report imported cases. A successful multidrug therapy program has resulted in a reduced incidence of Hansen's disease to the extent that the leprosarium was not considered necessary and was closed. All patients are now treated in dermatology clinics. Our immunization program is delivered at the clinics in the community health services.

The period 1982-1985 saw the completion of the last three of 31 new health centers constructed since 1978. Many other health centers are being upgraded and there is now a network of 103 health centers spread throughout the country. In 1985, therefore, at the ratio of one health center to every 11,000 persons, we stood near our 1990 goal of one health center per 10,000 of population. With this infrastructure in place, over the last four years we have been able to expand the range and availability of primary health care services to include maternal and child health services, family planning, general medical clinics, chronic disease clinics and geriatric clinics.

Our 1990 target for improved availability of secondary care is 2.3 short-stay beds per 1,000 population and an overall bed ratio of approximately 5 per 1,000 population. The hospital system is being continuously reviewed in order to effect improved efficiencies while maintaining satisfactory geographic spread and time-distance accessibility. In the past four years, four extended care centers have been opened, each providing care for 50 psycho-geriatric patients. Plans are underway for the expansion of two other hospitals to relieve the present maldistribution of beds.

Attention was also focused during this period on the rehabilitation of the nation's three major hospitals, including the 1,400-bed psychiatric hospital that was damaged by two fires in 1984 and 1985. One hundred and thirty-two beds have already been replaced in that institution. In order to address the needs of the population for tertiary care and health-related education and research, a teaching complex was constructed at a cost of T&T\$600 million. This complex consists of a 334 adult bed hospital, a 210-bed pediatric hospital, a medical school with a planned annual intake of 65 students, a dental school with 25 students annually, a veterinary science school, and a postgraduate nursing and pharmacy school.

In environmental health, the priority placed in this area is evidenced by the addition of Environment to the portfolio of the Minister of Health. In 1982 the creation of a post of principal medical officer, environmental health, heralded the development of a division within the Ministry to oversee the many functions relating to the environment, including occupational health. Many of our special services have been strengthened over the last four years. I would like, however, to highlight two new services that have had to be developed to address new health problems that have occurred in Trinidad and Tobago during the past four years. I refer to acquired immune deficiency syndrome and substance abuse. AIDS has been included in the schedule of reportable diseases in Trinidad and Tobago. Up to July 1986, 115 cases have been reported, with 73 deaths. The screening of blood donations at the government institutions was immediately put into effect. The situation has however reinforced the need for the establishment of a national blood transfusion service, on which work is well advanced, together with the introduction of necessary legislation to ensure that all blood and blood products used throughout the country are obtained only through this source. Screening and counseling services for persons in the high risk groups as well as for the contacts were instituted.

In the case of drug abuse, the situation became critical in 1983, when the programs for dealing with the traditional patterns of substance abuse, including alcohol and marijuana, were literally overwhelmed. A plan of action has now been approved for the prevention of alcohol and drug abuse. As seen in our paper, many mechanisms have already been implemented. However, I would like to make special mention of the unique and spontaneous participation by the community in addressing what was obviously perceived by the whole population to be one of the most critical health problems facing our country. Many lessons were learned by the Ministry of Health and Environment about harnessing the energies of community groups to ensure effective program development, including the training of resource personnel and dissemination of correct information.

Progress has been made in improving the efficiency of the health sector. If it appears that there has been an emphasis on hospitals, this is because the community health services are already partially decentralized and operate more efficiently. And more importantly, the

Ministry of Health and Environment recognized that if funds are to be made available for new program needs and additional primary health care activities, improving the efficiency of the component of the sector that consumes over 60% of the health budget had to be given priority.

In order to manage the hospital resources more effectively, the Ministry of Health and Environment is in the process of establishing a decentralized administrative system, utilizing trained management experts to introduce accepted managerial practices into the operations of the hospitals.

Ever sensitive to our own state of underdevelopment, acutely aware that we function in an interdependent world, we support fully the activities of international health organizations, in particular PAHO, in their work to mobilize financial and technical resources to improve the health status of the peoples of the world.

We support fully also the concept of bilateralism and multilateralism as vehicles for fostering the growth of technical and economic cooperation among developing countries. Hence our unqualified support for the recent initiative taken by PAHO in conjunction with the CARICOM secretariat to promote Caribbean Cooperation in Health.

Finally, my Government has accepted the goal of health for all by the year 2000 and it is our intention to work with the international community in the achievement of this goal by all the peoples of the world.

Report of the Delegation of Belize  
Informe de la Delegación de Belice

Dr. ALPUCHE (Belize): Dr. Guerra de Macedo, Director of PASB, Belize congratulates you on your re-election.

I am privileged to represent my Government and to report to the Conference the achievements, plans and difficulties in the area of health in the country of Belize.

Belize is a relatively small country located in Central America, south of Mexico and east of Guatemala, with a land mass of 23,000 square kilometers and a population of 167,000. It is the only English-speaking country in the Region, and the last in achieving its independence.

Notwithstanding its limited experience in the international arena, the Government recognizes the importance of a healthy population in the development process; it sees development as a way of improving the quality of life of the population and not as an objective to be achieved at the expense of the people.



The Constitution of Belize establishes health as a basic human right and a fundamental part of the development process; the Government assumes responsibility for ensuring that all Belizeans without distinction may have access to the best level of care available.

As co-signatory of the Alma-Ata Declaration, it has adopted the primary health care strategy as the foundation for the development of the national health system; within this context, the Ministry of Health has developed a national health plan with specific objectives to be achieved by the year 1990.

Some of the most relevant objectives are the following: 1) to immunize by 1990, 90% of children under the age of one, against communicable diseases preventable with vaccines; 2) to reduce infant mortality by 1990 to less than 20 per 1,000 live births, 3) to reduce by 1990 the incidence of malaria by 90%; and 4) to provide 90% of the rural water supply needs by the end of the decade.

I am pleased to inform the Conference that we are on our way to achieving these objectives. Preliminary reports indicate that the immunization coverage for 1986 will be between 75-80% of the target population. Infant mortality went from 42 per 1,000 in 1978 to 23 per 1,000 in 1985.

In two years of organized antimalaria activities, the incidence of the disease has been reduced by 39%, and the descending trend continues in 1986.

Presently the Ministry is coordinating the implementation of three rural water supply projects which, on completion, will provide potable water to 90% of the rural population.

We have expanded the health services to the rural population by increasing the number of health centers and health posts; this is complemented by scheduled mobile clinics to the remote areas of the country.

The Health Education and Community Participation Bureau was established by the Ministry of Health in 1983. At present, health education is an integral part of all programs and projects.

In an effort to promote community participation, the Ministry has established district health teams in the six districts of the country. The membership of the district health team includes: 1) members of the health staff; 2) representatives from other sectors of government; 3) representatives from organized voluntary organizations; and 4) representatives of the village health committees. The team meets twice a year to discuss issues relevant to their health, having direct input in determining the type of services provided at the public institutions.

Notwithstanding these and other achievements in the area of health, much remains to be done in order to improve the quality of life of the Belizean people.

There is the urgent need to strengthen the mental health programs not only to deal with the traditional mental disorders, but also to address the increasing problem of drug abuse and alcoholism.

Provision of essential drugs continues to be a problem in need of urgent solution. In order not to bore you, I will not enumerate all the problems pending solution or needing improvement.

I would like to express the gratitude of my Government to the people and Government of Mexico, who have provided significant assistance in our effort to improve the health status of our people; the existing bilateral agreement opens a channel of communication and understanding between the two countries. Within one year of the signing of the letter of intent, a joint program in the areas of surveillance, vector control and EPI was developed, and is presently being implemented.

Finally, I would like to express our recognition and special appreciation to the Pan American Health Organization and the World Health Organization for their important role in the development of our health care system. PAHO/WHO have been instrumental with their support to the Ministry of Health in providing appropriate and equitable health care, in order to improve the health status of the Belizean people and thus, the quality of life.

El PRESIDENTE: Muchas gracias, señor Delegado de Belice. Vamos a dejar para mañana las presentaciones de los países que están todavía pendientes, que son las de Colombia, Uruguay, Jamaica, Bolivia y las Bahamas. Se levanta la sesión.

The session rose at 6:00 p.m.  
Se levanta la sesión a las 6:00 p.m.

FIFTH PLENARY SESSION  
QUINTA SESION PLENARIA

Wednesday, 24 September 1986, at 9:00 a.m.  
Miércoles, 24 de septiembre de 1986, a las 9:00 a.m.

President:  
Presidente:

Mr. Keith Simmons

Barbados

The PRESIDENT: We are about to begin the third day of our Conference. The Secretary has a number of notes to read, which I will now ask him to do.

The SECRETARY: Thank you very much Mr. President. Because of the number of Governments that remain to report on health conditions in their countries--there are still eight speakers on the list--and because of the prior agreement for the scheduling of the signature of an agreement between the Organization of American States and the Pan American Health Organization at 10:15, we shall be changing the order of this morning's plenary session. We shall now continue with item 3.3, discontinue that item if it is not completed by 10:15, and then take it up again after the elections, which are items 5, 6, and 7 on the Order of the Day for today. So, we will have item 3.3, then the signature of the Agreement at 10:15, a coffee break, commence immediately after the coffee break with items 2.6, 2.7 and 3.5 and then, if necessary, a continuation of 3.3, followed thereafter, in the order shown, by items 8.1 and 5.1.

Also, Mr. President, I would like to ask the Committee on Credentials to meet at 9:15 this morning, during the plenary session, in room 203. We will thus be able to take up the second report of the Committee on Credentials immediately before the signing ceremony this morning. The membership of the Committee on Credentials, again, is: Cuba, Mexico, and Trinidad and Tobago. This meeting of the Committee will be to consider additional credentials that have been presented.

And finally, Mr. President, I would like to remind the General Committee that they have a meeting scheduled for this morning immediately after the plenary session. It will be in Room C, and will be for the purpose of considering the progress that we are making in completing the business of this XXII Pan American Sanitary Conference and whether or not we will need to have a Friday evening session in order to complete our business by the scheduled time, i.e., by Saturday at noon. Thank you very much, Mr. President.

ITEM 3.3: REPORTS OF THE MEMBER GOVERNMENTS OF THE ORGANIZATION ON PUBLIC HEALTH CONDITIONS AND PROGRESS ACHIEVED IN THE INTERVAL BETWEEN THE XXI AND XXII PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCES (continued)

TEMA 3.3: INFORMES DE LOS GOBIERNOS MIEMBROS DE LA ORGANIZACION SOBRE LAS CONDICIONES DE SALUD PUBLICA Y LOS ADELANTOS LOGRADOS EN EL INTERVALO TRANSCURRIDO ENTRE LAS XXI Y XXII CONFERENCIAS SANITARIAS PANAMERICANAS (continuación)

The PRESIDENT: The first item on our agenda today is the continuation of the reports from Member Governments. I recognize the distinguished Delegate of Colombia.

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

Dr. ESMERAL BARROS (Colombia): Señor Presidente, señor Director de la OSP, señor Director General de la OMS, distinguidos Delegados: Resumen del Informe del Ministerio de Salud de Colombia a la XXII Conferencia Sanitaria Panamericana.

Mortalidad: El descenso de la mortalidad en Colombia se refleja principalmente en el área infantil y materna. El análisis de las causas de muerte indica claramente un proceso de transición epidemiológica, donde van tomando importancia las causas de origen endógeno o biológico tanto al inicio como al final de la vida, frente a causas exógenas resultantes de la acción del medio sobre el individuo.

Morbilidad: La información sobre egresos hospitalarios revela que las causas relacionadas con el embarazo, las enfermedades infecciosas intestinales, las respiratorias agudas, y las consecuencias de los accidentes aparecen entre las 10 primeras causas de morbilidad y mortalidad. Para los grupos extremos, menores de un año y de 60 y más años, las causas de egresos hospitalarios y de consulta externa son semejantes a las de mortalidad. En el grupo de 1 a 14 años los problemas del aparato digestivo y respiratorio son causas importantes de hospitalización. En la consulta externa, las enfermedades respiratorias infecciosas, parasitarias y de los dientes son las de mayor demanda.

Agua: La cobertura del servicio de agua no supera el 80% en el área urbana y no alcanza el 20% en el área rural. El servicio de alcantarillado presenta coberturas muy inferiores a las mencionadas en acueductos.

Vivienda: Las características de la vivienda muestran que el 25% de la población reside en chozas o tugurios. Esta proporción varía con el grado de urbanización, del 52,4 en la población rural dispersa, al 3,8 en los grandes centros urbanos. Hay una altísima tasa de convivencia de la familia con animales domésticos, particularmente con perros, 55%, y gatos, 36%, lo que está relacionado con la incidencia de zoonosis.

**Realizaciones:** En cumplimiento de políticas, se continuó con las acciones y programas regulares del sistema nacional de salud. Es importante hacer énfasis en aquellas cuyos efectos son evidentes en el conjunto del nivel de salud en la población. Los esfuerzos del sector han estado dirigidos a fortalecer la presentación de servicios de salud en la población maternoinfantil, mediante el diseño y elaboración del plan de supervivencia de la infancia. Su implementación en cuatro departamentos, Nariño, Atlántico, Meta y Quindío, fue importante, así como la capacitación de promotoras, parteras empíricas y personal de salud, y la realización de talleres de evaluación formativa.

**Vacunación:** Respondiendo al compromiso establecido por el Plan de Salud de lograr impacto a corto plazo concentrando acciones para evitar muertes y enfermedades inmunoprevenibles, se propuso aumentar en un 50% las coberturas alcanzadas hasta este momento mediante la realización de jornadas masivas de vacunación de los menores de cuatro años contra cinco enfermedades--poliomielitis, tos ferina, tétanos, difteria y sarampión. Esto implicó la vacunación de 917.650 niños menores de cuatro años en 1984, y de 629.898 menores de dos años en 1985, así como de 859.900 mujeres en edad reproductiva, que fueron vacunas con toxoide tetánico.

La realización de las jornadas de vacunación no solo conllevó el aumento de las coberturas, y, por ende, la disminución de la incidencia de las enfermedades objeto, sino que permitió, por primera vez en la historia de la salud pública de Colombia, reunir a organismos internacionales tales como la OMS/OPS, UNICEF y PNUD, medios de comunicación, prensa, radio, televisión, entidades del gobierno y organismos no gubernamentales en torno a la solución de un problema específico de salud: inmunizar a los niños.

El éxito obtenido durante 1984-1985 ha servido de ejemplo para varios países del mundo, los cuales están en proceso de adopción de estrategias similares, para modificar el perfil de enfermedades inmunoprevenibles.

**Prevención de accidentes:** Considerando que los accidentes ocupan los primeros lugares entre las causas de muerte de la población, uno de los principales logros fue la elaboración y puesta en marcha de un "Plan de prevención de accidentes y atención oportuna al accidentado", que contempla como principal estrategia la coordinación entre todos los sectores involucrados en la problemática del accidente, hogar, tránsito y trabajo.

**Salud mental:** En cuanto a las realizaciones básicas en el programa de la salud mental, pueden resumirse así: creación de nuevas consultas externas, reforzamiento de las existentes y nuevos servicios especializados de farmacodependencia y alcoholismo.

**Desastres:** Debido a las grandes dificultades que afrontó el país en el área de desastres, se elaboró el Plan Nacional para Desastres. Se logró importante coordinación con otras entidades, obteniéndose así una adecuada respuesta en los momentos de emergencia.

**Plan de supervivencia de la infancia:** El plan de supervivencia de la infancia es la organización de acciones de diferentes programas de salud que tienden a reducir sustancialmente la morbilidad y mortalidad de la población menor de cinco años, por enfermedades diarreicas, respiratorias agudas, perinatales, inmunoprevenibles, desnutrición y deprivación sicoafectiva. Comprende también acciones dirigidas a la atención de la mujer gestante y en edad fértil, entre 15 y 44 años, dada su importancia en la salud de la niñez.

El Plan se propone evitar 12.000 muertes de menores de cinco años cada año, reduciendo la actual tasa de mortalidad infantil de 57 a 40 por 1.000 nacidos vivos en un período de cinco años.

**Cooperación de la OPS/OMS:** La cooperación de la OPS/OMS durante el cuatrienio estuvo dirigida a apoyar la definición de la política y de los programas prioritarios, brindando asistencia técnica, en especial en la realización de las jornadas nacionales de vacunación; en el desarrollo administrativo de las unidades regionales de salud; en la atención de los desastres naturales ocurridos en el país; apoyo técnico y capacitación principalmente en las áreas de farmacodependencia, urgencias, malaria, salud materno-infantil, radiología básica, salud ocupacional, saneamiento, accidentes, adquisición y financiamiento de algunos de los insumos críticos, tales como biológicos, insecticidas y medicamentos.

**Expectativas futuras:** Las políticas de salud para este cuatrienio son las siguientes: 1) Extender la cobertura de los más elementales servicios de salud a, por lo menos, tres de los cuatro millones de personas que hoy no los tienen; 2) prestar atención primaria de salud; 3) prestar atención universal oportuna y permanente en los casos de urgencia; 4) descentralizar y racionalizar la administración de salud, y 5) impulsar y orientar la comunidad hacia la salud.

Estas políticas se llevarán a cabo a través del plan de atención médica integral, el cual cobija los siguientes programas: atención primaria en salud materno-infantil; atención a las patologías que causan mayor morbilidad y mortalidad; atención de urgencias; saneamiento básico, educación en salud y capacitación y presencia de la comunidad. Los programas se orientarán prioritariamente a las clases sociales más desprotegidas, ubicadas en las zonas marginales de las grandes ciudades y del área rural. En cuanto a la cooperación de la OPS y la OMS, el país solicita la asistencia técnica y la orientación de recursos hacia los programas enunciados anteriormente. Señores Delegados, muchas gracias.

**The PRESIDENT:** I recognize the Delegate of Uruguay.

Report of the Delegation of Uruguay  
Informe de la Delegación del Uruguay

Dr. UGARTE (Uruguay): Señor Presidente, señor Director General, Dr. Guerra de Macedo, mis sinceras felicitaciones por su reelección que, sin ninguna duda, asegura el éxito de la gestión de la OPS en los próximos cuatro años.

El Gobierno de la República Oriental del Uruguay se complace en someter la alta consideración de los demás Estados Miembros una sucinta reseña sobre el estado de salud y los avances registrados en el sector durante el período que media entre la XXI y la XXII Conferencias Sanitarias Panamericanas.

Es necesario establecer que el Uruguay sufrió una transformación política radical a partir del 1 de marzo de 1985, fin de la dictadura militar y ascensión del Gobierno democrático, que cambió la política de salud mantenida hasta ese momento por el Gobierno de facto.

Los indicadores de salud muestran que el Uruguay ha alcanzado, cuando es objeto de una observación externa, niveles satisfactorios, pero que, analizados dentro del marco de sus aspiraciones y posibilidades, dejan de ser aceptables para convertirse en incentivos y motivaciones que han guiado al Gobierno para adoptar una serie de medidas que han tenido como resultado satisfactorios avances en el período considerado.

Se han enfrentado situaciones críticas derivadas de la retracción económica común en los países de la Región, aun así, nos hemos esforzado en ordenar el sector salud, adoptando medidas de racionalización, en busca de mayor eficiencia y efectividad en el empleo de los recursos.

De acuerdo al último censo realizado en 1985, la población del Uruguay es de 2.920.000 habitantes, en una superficie territorial de 187.000 kilómetros cuadrados. El 83% vive en ciudades de más de 2.500 habitantes, y el 45% en la capital, Montevideo. Este elevado índice de concentración urbana le confiere al sistema de salud una estructura excesivamente centralizada.

El crecimiento demográfico es muy bajo, 0,74%, con un marcado envejecimiento de la población. El 11,9% es de más de 65 años, el 61% está entre 15 y 65 años y los menores de 15 años constituyen apenas el 27%. La expectativa de vida al nacer es de 71 años, siendo mayor en la mujer, 74,4 que en el hombre, 67,7.

Esta estructura demográfica define un perfil de morbi-mortalidad característico de las sociedades desarrolladas. Las dos primeras causas de muerte son las enfermedades cardiovasculares, 41%, y los tumores, 22%. La tasa de mortalidad infantil es del 30 por 1.000 con mayor peso en la mortalidad neonatal, 17 por 1.000 nacidos vivos.

Los servicios de agua potable y alcantarillado presentan las siguientes características: el 80% de la población urbana utiliza el agua de la red pública y el 13% se abastece de pozos; el 49% de las viviendas evacúa las aguas servidas en la red del alcantarillado, y un 47% lo hace en fosas sépticas o pozos negros.

Con referencia a la educación, que es gratuita en todos los niveles, el alfabetismo supera el 95%, lo que, unido a la homogeneidad étnica, el idioma único y la pequeñez territorial, sin grandes accidentes geográficos, configura una sociedad cubierta fácilmente por los medios de comunicación de masas y permeable a los mismos, lo que la conforma con relativa homogeneidad con respecto a pautas, conductas y valores.

La política actual del Ministerio de Salud Pública ha tenido su expresión en el proyecto del sistema nacional de salud y en el presupuesto por programas para el período 1985-1989. El proyecto de ley que establece el sistema nacional de salud consolida los principios básicos de universalidad, equidad y justicia social. Fue elevado al señor Presidente de la República y su aprobación permitirá coordinar las actividades del sector salud, propendiendo a una racionalización en el uso de los recursos y a una mayor productividad y efectividad del sistema, el cual hasta la fecha se caracteriza por la multiplicidad de instituciones prestatarias, heterogéneas y no coordinadas.

Nos complace informar que el presupuesto aprobado es el primer presupuesto por programas elaborado en función de la productividad de los servicios, cuya proyección se cuantifica de acuerdo con una programación de actividades en el contexto de la política y los objetivos del Ministerio de Salud Pública. Le consideramos como la estrategia más válida a la atención primaria de salud, pues en él se prevé un aumento considerable de las consultas externas, de las visitas domiciliarias, de la inmunización, de las consultas odontológicas, de la educación y de la higiene del medio.

Con el propósito de impulsar la aplicación de la atención primaria de salud, se creó una Dirección Adjunta a la Dirección General de Salud, encargada de organizar, supervisar, coordinar y evaluar las actividades a nivel nacional. Se definieron tres componentes básicos: reorientar las actividades del personal de salud hacia la atención primaria; facilitar y promover la coordinación intra e intersectorial, y estimular la participación de la comunidad. Para desarrollar esas actividades, se realizó, con el apoyo de la OPS, un ciclo de talleres regionales destinados a todo el personal de salud involucrado en las tareas del primer nivel.

Se han constituido comités departamentales de salud, integrados con representantes de instituciones gubernamentales y no gubernamentales, en 11 de los 19 departamentos en que está dividida la República, con el cometido de elaborar planes departamentales adaptados a los programas del Ministerio. Estos comités se encuentran en diferentes etapas de trabajo, que van desde la elaboración de planes concretos hasta las etapas iniciales de diagnósticos de situación.



Acerca de la salud maternoinfantil se ha elaborado un programa nacional con objetivos específicos para un período de cinco años, tendiente a mejorar los siguientes indicadores: la tasa de mortalidad materna, que en 1984 era de 3 defunciones por 10.000 nacimientos, en 1989 deberá ser de 1,5 defunciones; la tasa de mortalidad infantil en 1984 era del 30,3 por 1.000 y esperamos que en 1989 sea del 19 por 1.000; y la tasa de insuficiencia ponderal al nacer, que actualmente es del 7,1 por 100 nacidos vivos, aspiramos a que llegue al 5 por 100 nacidos vivos en 1989.

El Ministerio de Salud Pública se ha adherido al PAI desde su aprobación por la OMS, y nuestro país ha sido de los primeros en aplicar las vacunas preventivas. Actualmente el plan de vacunaciones comprendido en el certificado esquema de vacunación "CEV" comprende siete enfermedades prevenibles por inmunización: tuberculosis, difteria, tétanos, tos ferina, sarampión, poliomielitis y rubeola, con una cobertura de alrededor del 80% de la población.

Hay que destacar que en el último quinquenio no ha habido denuncias de casos de difteria, poliomielitis ni tétanos neonatal. El Uruguay ha permanecido libre desde hace más de un siglo de fiebre amarilla, cólera, peste y paludismo. La rabia humana y animal ha sido erradicada desde hace años, y la brucelosis es de escasa incidencia.

No hay enfermedades endémicas de significación, salvo ciertas zoonosis, propias de costumbres arraigadas en zonas rurales, como es la hidatidosis, que en un programa coordinado por una Comisión Honoraria de Lucha contra la Hidatidosis, normatizada por una ley nacional, aun no ha logrado reducirse a tasas aceptables.

La enfermedad de Chagas es objeto de un programa epidemiológico educativo y de fumigaciones preventivas que la mantienen dentro de cifras relativamente bajas.

En último término cabe destacar un acontecimiento de gran relevancia en el marco de la cooperación técnica entre países en desarrollo: la primera reunión de Ministros de Salud de los países del Cono Sur, Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay, realizada en Montevideo en agosto próximo pasado. Se firmó allí el Acta de Montevideo, como preámbulo de un convenio sanitario que comprende a más de 170 millones de seres humanos. Sin duda, su repercusión en la salud de los pueblos de la subregión trasciende los límites de este informe y sus conclusiones abordan áreas y líneas de cooperación entre países que lo transforman en un documento de referencia para impulsar un mayor entendimiento e integración regional, tomando en cuenta, por sobre todas las demás circunstancias, el bienestar del hombre americano como motivo último de nuestros esfuerzos. Muchas gracias, señor Presidente.

The PRESIDENT: Thank you very much. I call on the Delegate of Jamaica.

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

Dr. BAUGH (Jamaica): Executive Officers, colleagues, we offer our congratulations to the Director on a well-deserved re-election to office.

The overall goal of the Ministry of Health is for the people of Jamaica to attain a level of health that will permit them to lead a socially and economically productive life. The immediate goal, however, is to seek to establish a comprehensive, efficient and acceptable health system that incorporates both public and private sectors. It should provide equal access for all people to a basic level of health care which includes preventive, promotive, curative and rehabilitative health services and facilitates the easy transfer of people to higher levels of care when necessary. The Ministry of Health's policy statement of 1984 clearly states the intent of the Government of Jamaica.

In the last decade, Jamaica suffered a series of negative external economic factors which adversely affected the health sector and, therefore, we have had to establish priorities. In the light of serious resource constraints, the increased cost of services and growing demand for health care, it is imperative that the Ministry of Health seek new ways of financing the health delivery system. In an attempt to realize its stated goals, the first priority of the Ministry has been to research and develop innovations which will reduce the escalating costs of health care. These include alternative financing for health services outside the regular government budgetary support.

The Ministry's second priority program is family planning. The program of the Ministry of Health, together with other sectors, seeks to support the population policy target of a two-child family by 1995 and a containment of population within 3 million by the year 2000.

The third priority of the Ministry is to raise to a higher level of competence the management and support services of the Ministry, while at the same time providing a satisfactory level for physical facilities and equipment maintenance.

A Committee on Alternative Financing of the health sector was appointed in 1984 and after many studies, supported by seminars and workshops, has come up with a number of options: 1) decentralization of management of hospitals, to parallel similar developments in primary health care; 2) greater autonomy for local authorities in management of health facilities; 3) mechanisms for the private and public sector and cooperation to reduce cost and increase delivery of health care; 4) financing schemes, including prepayment plans; 5) divestment of non-clinical support services; and 6) pilot studies to assess the applicability of health maintenance organization schemes in selected communities in Jamaica.

As regards our population policy, this is one of the instruments through which the Government expects to achieve meaningful socioeconomic growth and development for the vast majority of the population. It was passed into law by an Act of Parliament in 1984. This policy introduces measures aimed at improving the quality of life, and which will have an impact on the achievement of social goals such as education, housing, social security and increased employment opportunities. Other measures include extension of outreach family planning programs in primary health care to the most needy sectors of the population, focusing on specific target groups; the development of a population planning research unit; and the promotion of family life and family planning education in schools, teachers' colleges and youth organizations.

Trends in crude birth rate reflect a fall from 27.5 per 1,000 in 1980 to 24.3 in 1985, coupled with an increase in new acceptors of contraception, and these indicate that we are likely to contain our population within the target figure of 3 million by the year 2000. We certainly hope that this holds.

In respect of management of support systems, through the Health Management Improvement Project funded by USAID and the Government of Jamaica, 65 health centers, six regionalized hospitals and the Island Medical Stores will be renovated and refurbished. The project is well under way, with some health centers already completed, some being renovated, and contracts awarded for nearly all. The physical development is to facilitate the implementation of management systems that have been developed for areas such as supplies management, health information systems, maintenance of facilities and equipment, and transport management systems. Inflation has reduced the Ministry's ability to purchase drugs and medical supplies, as the source of almost all drugs and medical supplies is overseas.

A new system of supplies management has been instituted and a list of vital, essential and necessary items developed. The VEN list has been in general use since 1985 and its application to the procurement protocols was intended to ensure the purchase of the most important items on the basis of a predetermined priority. Economies are further ensured by the purchasing of generic drugs.

In respect of our health situation, despite the economic crisis currently being experienced in Jamaica, the health of the population is relatively good and is showing signs of improvement in some areas. In 1984, life expectancy at birth was 68.1 years for men and 76.2 years for women, as against 67 years for men and 71 years for women in 1980. The 1978 Report for the Registrar-General records an infant mortality rate of 27 per 1,000 life births. Two recent figures arrived at by surveys indicate that 27 per 1,000 is a fairly accurate figure. The childhood mortality rates computed from the 1978 data gave a rate of 1.7 per 1,000.

As regards immunization, the coverage of the 8-59 months age group, though still below the 85% national target, has exceeded that level in many Parishes. The recent thrust in the 0-4 months EPI target has risen steadily, and mid-year figures for 1986 indicate a 76% coverage. Prevalence rates for the EPI diseases, based on the most recent available figures, have shown a sharp reduction; for example, since the polio epidemic of 1982, no new cases have been recorded in Jamaica. Legislation makes immunization mandatory for all children aged seven years and under entering school for the first time; this became effective in September 1986.

As regards malnutrition, our health status survey done in 1978 and 1985 for comparison showed a 0.1% deterioration at grade 3 level, an 0.1% deterioration at grade 2 level, and a 2% deterioration at grade 1 level, which is the group at risk, and our actual clinical records show similar figures for grade 3 levels. The percentage for grade 3, Gomez Classification that is, is 0.4 to 0.5%, and grade 2 levels, 3.2 to 4%. Detailed studies and follow-ups are being done on admission to hospital and on the communities at risk and they establish criteria for dealing with problems of malnutrition in our country.

In respect of the environment, safe water is available to approximately 74% of the population and 93% is said to have access to piped water supplies.

Regarding health service coverage, visits to health centers in 1985 were 1.8% less than in 1984. The decline was most noticeable among visits for curative services, which declined by 6.5%.

In the area of maternal and child health, prenatal coverage has been relatively good, ranging from 77% in 1982 to approximately 93% in 1984.

In dental health, the Ministry has, since August 1985, laid before the House a paper recommending the implementation of fluoridation of salt by 1987. We are grateful to the Pan American Health Organization for their assistance in this area.

As regards drug abuse and alcoholism, our drug abuse prevention programs are extremely active; they are coordinated by the Drug Abuse Secretariat. Under the drug abuse program, 12 participants, including five from the health sector, have acquired new skills from overseas fellowships through the Pan American Health Organization's program of technical cooperation.

Other projects on stream are for strengthening of management and support systems, management of health information systems, improvement of facilities and equipment, health systems infrastructure and population control.

We are indeed very grateful to many organizations, bilateral and multilateral--USAID, the World Bank, the Government of the Netherlands, the European Economic Community, the Inter-American Development Bank, Project Hope, and, in particular, the Pan American Health Organization--for their cooperative efforts, their coordination, and technical support in many areas.

The PRESIDENT: Thank you very much. Bolivia.

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

Dra. PAZ (Bolivia): Sr. Dr. Carlyle Guerra de Macedo, Director de la OSP, señores de la Mesa Directiva, señores Delegados de los países hermanos. En nombre del pueblo boliviano y del Gobierno presidido por el Dr. Víctor Paz Estensoro, deseo hacer llegar el saludo fraterno y cordial y expresar nuestra felicitación al Dr. Guerra de Macedo por su merecida reelección.

Bolivia se encuentra sumida en la más grave crisis económica de toda su historia republicana. Es probablemente uno de los países más pobres de la Región. La caída de los precios de las materias primas de exportación, estafío y petróleo, la recesión económica mundial y, fundamentalmente, la magnitud de su agobiante deuda externa, hacen que las condiciones internas deterioren aun más el nivel y la estructura de la salud, e impiden una adecuada asignación de recursos financieros para el sector.

Esta crisis económica recae en las capas más pobres, con graves consecuencias que se traducen en una pobreza generalizada, del 80% de la población. Se suma a lo anterior la desocupación abierta, del 20%, el déficit habitacional y los altos niveles de analfabetismo, es decir, que el costo social de la crisis, medido en servicios de salud, educación, vivienda y alimentación, afecta a nuestra población lacerantemente. En Bolivia, el mayor de los males se llama pobreza y, en salud, la pobreza se llama impotencia. La pobreza de Bolivia es y debe ser una vergüenza para nuestro sistema.

Mi país tiene una población de seis millones y medio de habitantes, con un predominio del 58% en las zonas rurales. La población más desprotegida está en las zonas urbano-periféricas y rurales, donde los servicios prácticamente eran inexistentes. La prolongada ausencia de la democracia ha servido para empeorar las condiciones de vida de nuestra población más pobre, continuamente postergada y expoliada por aquellos regímenes. Sin embargo, no hemos venido a sufrir nuestra desgracia en voz alta: mi pueblo tiene dignidad en medio de la crisis y responde con trabajo e iniciativa. Por eso, a partir de 1982 se han formulado políticas de salud cuyas estrategias básicas, como respuesta a nuestra situación económico-social, son la atención primaria, la regionalización de servicios de salud y la participación popular.

El desarrollo de las políticas de salud está basado en la acción de dos elementos fundamentales: por un lado, la del sector institucional y, por el otro, la del sector popular. La acción mancomunada y permanente de ambos sectores ha permitido en Bolivia alcanzar logros que anteriormente, en base a una acción vertical, no habían sido posibles.

Interpretando la Declaración de Alma-Ata, se promovió la constitución y fortalecimiento de comités populares, a partir de organizaciones de base que no sustituyen otras organizaciones, sino que, en el campo de la salud, vienen a constituirse en la instancia aglutinadora mediante la cual se garantiza la participación del pueblo en la gestión de salud. Se ha buscado el fortalecimiento de los comités populares de salud mediante una transmisión de conocimientos científicos, traducidos al lenguaje popular, que permita a la comunidad una participación consciente y activa en la puesta en marcha de las políticas.

Durante los últimos cuatro años se dieron positivos avances en la extensión de cobertura. El producto pragmático y más complejo de este proceso lo constituye el Programa de Atención al Área de la Salud, considerando el área como un espacio geográfico-poblacional según el concepto de medicina social, de medicina integrada a la comunidad, y donde se concreta la co-gestión en salud con el sector popular en búsqueda de la solución de los problemas de salud y ampliando conocimientos en forma democrática. El Estado boliviano ha incrementado con 400 médicos de área los ya existentes, dando prioridad a las zonas urbano-periféricas y rurales. Cada área cubre de 5.000 a 8.000 personas, en un territorio que pueda recorrerse en no más de 60 minutos de marcha.

En el período cuatrienal que nos ocupa, brindamos especial atención a las actividades destinadas a disminuir la mortalidad y morbilidad producida por los principales daños que acometen a los pobladores bolivianos. Así, el mejor control de las enfermedades prevenibles por vacunación, a través de la movilización y participación popular, expresado en coberturas que alcanzan hasta el 85% de la población vulnerable.

Hemos capacitado 80.000 responsables populares de salud en técnicas de vacunación, y actualmente lo estamos haciendo en nuestras acciones en salud. Entre los frentes que ofrece el espectro de la defensa de la salud del niño boliviano, se han encarado acciones concretas para evitar la muerte como consecuencia de la deshidratación por diarreas mediante la terapia de rehidratación oral y el uso del suero casero, conformando las unidades de rehidratación oral institucionales y populares. Igualmente podemos indicar otras medidas en relación con las infecciones respiratorias agudas. Se busca alcanzar que 1.600 servicios de salud, con una cobertura del 87% de la población, estén capacitados para asistir y tratar gratuitamente a todo niño que lo necesite.

Quiero remarcar el concepto de que la enfermedad y la mortalidad tienen, además del componente biológico, un componente social. Es necesario identificar las causas biológicas y sociales de la morbi-mortalidad infantil, perinatal, etc., y eso estamos haciendo. Corregiremos nuestras elevadas tasas cuando superemos las causas sociales de enfermedad y muerte, cuando eliminemos la desnutrición, el analfabetismo, la carencia de servicios públicos y otras, cuyas raíces están en la dependencia.

Por todo lo anterior, el descenso de nuestros índices no es el que quisiéramos. Como un ejemplo, quiero decir que tenemos un índice del 217 por 1.000 de mortalidad infantil dentro del primer año de vida, del 48 por 10.000 de mortalidad materna, un analfabetismo que llega en las mujeres hasta el 80% y, bueno, no queremos seguir mencionando cifras que son profundamente dolorosas.

El control de vectores durante estos cuatro últimos años ha tenido un nuevo enfoque, habiéndose identificado acciones de control comunes y otras específicas, las cuales, en su aplicación, permiten mayor eficiencia. La atención primaria tuvo su apertura en programas verticales, como los de la malaria y el control del Aedes aegypti; ahora, las medidas de diagnóstico, tratamiento y control de casos se realizan por el 100% de los servicios generales de salud, y el control específico del vector por insecticidas es atributo del personal técnico especializado, teniendo establecido, en áreas de mayores problemas, puestos populares de tratamiento, rociamiento y abatización.

El programa de parto gratuito en embarazo de alto riesgo se ha iniciado hace cuatro meses con resultados satisfactorios, al igual que la formación de parteras empíricas.

El otro aspecto que mereció especial atención fue el relacionado con el fortalecimiento institucional conformando una estructura funcional que, respetando los niveles de jerarquía, permite una mayor comunicación y oportuna ejecución hasta el nivel de las unidades sanitarias.

El componente de recursos humanos está en nuestra preocupación permanente, a fin de elevar su excelencia como requisito para una entrega de servicios mejores en calidad y cantidad.

Nuestra lucha contra el bocio endémico, que afecta al 60% de la población, tiene dos componentes esenciales: la aplicación masiva de aceite yodado, que se viene ejecutando en el 100% de las áreas problema, y el funcionamiento de instalaciones yodadoras de sal.

En lo referente a saneamiento ambiental, durante los últimos cuatro años se han provisto de sistemas de agua potable y letrinas a comunidades rurales.

El esfuerzo que el Gobierno está efectuando para atender las áreas rurales es importante, ya que estas fueron postergadas anteriormente con la falsa justificación de su dispersión poblacional y su inaccesibilidad.

Estas metas, como he dicho, no son lo ambiciosas que quisiéramos, porque no podemos luchar en este corto lapso de tiempo, en forma definitiva y efectiva, contra nuestra principal enfermedad, la pobreza, pero quisiera señalar que estamos trabajando en cogestión con los organizaciones populares, con planes coherentes, objetivos concretos, realismo y compromiso.

Finalmente debo decir que nada de lo anterior hubiese sido posible sin el apoyo técnico y financiero de los organismos internacionales y de los países amigos, a quienes agradecemos profundamente su solidaridad actual y futura.

The PRESIDENT: Thank you very much. The Bahamas.

Report of the Delegation of the Bahamas  
Informe del Delegación de las Bahamas

Dr. GAY (Bahamas): Mr. President, Mr. Director, distinguished delegates. The Delegation of the Bahamas joins with the previous speakers and wishes to record its warmest congratulations to Dr. Carlyle Guerra de Macedo in his re-election as Director of the Pan American Sanitary Bureau, and to wish him well in his continued able leadership of this Organization.

Mr. President, as you may well be aware, the Bahamas is an archipelago extending from 50 miles off the west coast of Florida to 90 miles from Haiti. It consists of 700 islands and 2,500 cays, occupying an area of 5,353 square miles, of which about 23 are inhabited. This wide geographical distribution is an ever-present challenge to the delivery of comprehensive health care.

While the Bahamas shares the world-wide economic recession, the Ministry of Health was able to continue developing plans for the infrastructure in rural areas in the Family Islands and was able, with the assistance of the European Economic Community, to continue the developing of new clinics. There were no cutbacks in the recruitment of professional, technical and auxiliary staff, and no interruption in the training of nurses.

The influx of illegal immigrants continues to place a great strain upon health and social services. The movement of residents from the remote rural areas to the urban centers--Nassau and Freeport--also has implications for the delivery of health care.

The health strategies formulated by our Ministry were designed to help us attain the goal of health for all by the year 2000, and are subject to frequent periodic evaluation. One of our priority areas is maternal and child health, with services available both at the hospitals and in the community at a number of government and private clinics and



schools. The regional plan of action and the maternal and child health strategy for the Caribbean community are used as guidelines. In line with this strategy has also been the development of a school dental health program through a school dental clinic.

Through sustained, continued promotion of the Expanded Program on Immunization, coverage of the designated target groups at the end of 1985 was, for children under the age of one year: DPT and polio, 86 and 84% respectively, and measles at one year, 79%. Tetanus toxoid coverage of pregnant women who attended government clinics was 66%. The aim is to have 100% coverage by 1995.

In 1983 there was an epidemic of measles, with the highest incidence occurring in primary school-age children. There have been no reported cases of diphtheria and poliomyelitis for several years. Our infant mortality rate showed a declining trend, with the 1984 rate standing at 21.6 per 1,000 live births. During the period, new piped water systems have been developed in additional rural areas; however, rapid housing expansion in the principal city of Nassau has posed a problem for water quality.

Our surveillance of environmental and industrial pollution was intensified. The environmental health legislation is now in its final stage of preparation and the main bill has already been presented to the legislature. A food standards board, multisectoral in its representation, has been established following the passage of the Food Act during 1985. The Ministry of Health policy document is now in an advanced stage of drafting and is expected to receive consideration very shortly. The priority programs identified have already received the highest level of political endorsement. Priority areas included in this document are: 1) extension of primary care services and strengthening of secondary and tertiary care with special emphasis on services to women, children and the elderly, oral health, mental health and nutrition; 2) strengthening of the management system, including health information and manpower development; 3) health education, community participation and health promotion; 4) communicable diseases prevention and control; and 5) chronic diseases and accidents.

Standing planning committees have been established at central institutional and departmental levels within the Ministry of Health. A national planning committee has not yet been identified, but the Ministry's planning committee is seen to be eventually an integral part of the national planning committee. Strategies for identifying alternative methods of financing health care are being actively pursued, with consideration being given to a national health insurance scheme.

Our Ministry has been engaged in a reorganization exercise, and already there has been some decentralization of administration to the institutional level. A feature of the Ministry's institutional strengthening has included the establishment of a materials management

division, to coordinate all our special supply functions. Additionally, the accounting system was revised so as to place greater emphasis upon accountability relating to the allocation and disbursement of funds.

A committee on health infrastructure development was set up in 1984 to develop proposals for health facilities to be funded under the national insurance scheme benefits. A comprehensive manpower development study was initiated and is in progress.

The health sector continues to receive a substantial allocation of the national budget, about 15%. The Bahamas has also benefited from external funds provided under the World Bank and EEC loans/grants for use in solid waste management and construction of community clinics in remote areas. Training in post-basic community nursing for candidates from some Caribbean territories has also been provided. We also provide consultation and in-patient care in some specialities for neighboring territories.

The Bahamas has gained great benefit in the area of PAHO/WHO technical cooperation. Some of the major areas in which technical cooperation was received were human resource development, organizational administration, health information, oral health, development of a cancer registry and environmental health services.

A close relationship was maintained by us with the Caribbean centers--the Caribbean Epidemiology Center (CAREC), the Caribbean Food and Nutrition Institute (CFNI)--and also with the Pan American Center for Human Ecology and Health (ECO). In the field of drug abuse, which remains a major concern, we have secured assistance from the United Nations Fund for Drug Abuse Control (UNFDAC), and as a result of this, a project related to education and research has been approved for the text quadrennium, and is expected to be carried out under the aegis of the national drug council. We look forward to continued support and technical cooperation in the development of key areas such as health information, management planning, environmental health, with particular reference to occupational health, industrial hygiene and vector control, financial administration, disaster preparedness and drug abuse. Thank you, Mr. President.

The PRESIDENT: Thank you very much. The Delegate of Guyana.

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

Dr. VAN WEST-CHARLES (Guyana): Director, distinguished colleagues. The Delegation of Guyana would like to associate itself with the sentiments expressed to the Director and we do hope that, together, the Director and Guyana and PAHO can work to achieve our objectives during the next quadrennium.

Mr. President, a document is being circulated which will give a more microscopic view of the health system in Guyana, so I will be brief. During the period under review, the health services in Guyana experienced both positive and negative trends. Health is accepted as being directly linked to the developmental program. Thus, it was incumbent on the Administration to forge ahead, notwithstanding the present international economic situation, which has had its negative effects on the Guyana economy. Thus priorities were established to guide the utilization of our limited financial resources. These priorities are: vector control, including malaria; nutrition; environmental sanitation; maternal and child health; and health education.

During the period there was an expansion and a decentralization of the health services, along with an increased strengthening of the primary health care system. In the hinterland areas of Guyana the population is scattered so, to guarantee coverage, a number of community health workers have been trained. In the earlier years, the training program was confined primarily within the maternal and child health area; however, involvement in other areas, such as the malaria program, has proved to be beneficial and cost-effective, at the same time offering more promotional opportunity to this category of health worker. I should mention that in our present medicals training program there are two community health workers being trained.

I mentioned that during this period we witnessed an intensification in the regionalization of the health service. However, in order to give support to this program, diagnostic services had to be put in place so as to make the program meaningful. Consideration had to be given to a type of technician. Thus we decided on the training of a multipurpose technician. This training included radiography, medical technology and pharmacy. It should be mentioned that the training was given in accordance with the level of care being offered at the district hospitals, thus making the system more cost-effective.

Training and reorientation are a sine qua non for efficient operation of any system. Thus the need to produce a physician who will be oriented to the developmental objectives of Guyana, who will appreciate the relevance and the importance of the preventive approach to the development of Guyana, was well recognized. With the assistance of PAHO, Cuba and Canada, we were able to start a medical program which is community-oriented, and I am happy to report that the first year has been completed and there is a sense of optimism on the part of the students, the community and the teachers.

The maternal and child health programs continued to show improvement--more particularly, the immunization program during this year, with the involvement of the President of the Republic along with regional chairmen giving support to the program--and it is hoped that all schoolchildren throughout the length and breadth of Guyana will be immunized by December 1986. Improvements have also been seen in the immunization of workers against yellow fever and tetanus.

I indicated that some trends were positive and some negative. In the area of vector control, more specifically malaria, we experienced and are still experiencing problems. The number of cases has increased two-fold over the last year, and so it became necessary for a meeting to be held in Guyana to begin looking at the problem. Thus during November last, with the support of PAHO, a meeting was held and the following countries participated: Suriname, Venezuela, Brazil, French Guyana, Trinidad and Tobago, and Guyana. We are, however, intensifying our efforts and seeking to integrate the malaria program into the primary health care system.

It is an accepted fact that health workers cannot maintain good health by themselves. Thus, in order to ensure that this idea stays alive, we have sought to strengthen intersectoral cooperation in a number of areas, more specifically in the food and nutrition program and the area of drug abuse. We do, however, recognize that in Guyana there is a need for media personnel to have a greater understanding of the new orientation in health, and to this end a seminar is being organized for later this year.

In conclusion, may I say that our task ahead is to ensure further intensification of the rationalization program; to integrate the existing vertical programs into the primary health care system; to make greater utilization of the financial resources available for the health care delivery system; and, last but not least, to strengthen our planning process.

I wish to place on record our thanks and appreciation for the support given to us during the period, more specifically by PAHO, CIDA, IDB, USAID, UNICEF, CARICOM and the Netherlands Government. Onwards with the march into the year 2000! Thank you, Mr. President.

The PRESIDENT: Thank you very much. Fellow delegates, at this point in time I am going to beg your indulgence to defer the other presentations so that we can welcome the Secretary-General of the Organization of American States, Ambassador Baena Soares, who will be here for the purpose of signing an agreement with our Director. As I understand it, this agreement establishes the basis for an extended program of cooperation between our two organizations. At the present time he is outside in the company of the Ministers of Brazil, Dr. Santos, and the Bahamas, Dr. Gay, and together with the Director they will join us in this hall. When those proceedings have been completed, we shall take the two other presentations, from the Delegates of St. Vincent and the Grenadines and France, and after that we shall take a break.

SIGNATURE OF AN AGREEMENT BETWEEN THE ORGANIZATION OF AMERICAN STATES AND  
THE PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION  
FIRMA DE UN ACUERDO ENTRE LA ORGANIZACION DE LOS ESTADOS AMERICANOS Y LA  
ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

The PRESIDENT: Mr. Secretary-General of the Organization of American States, on behalf of the other delegates at this Conference, I want to welcome you to our Region, and to do the official welcoming, I shall ask Dr. Salazar of the Pan American Sanitary Bureau to take the floor.

Dr. SALAZAR (OSP): Acuerdo entre la Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos y la Oficina Sanitaria Panamericana, para la realización de actividades conjuntas en cooperación técnica. La Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos, representada por el Secretario General, Sr. João Clemente Baena Soares, y la Oficina Sanitaria Panamericana, representada por su Director, Dr. Carlyle Guerra de Macedo, considerando que la crisis económica por la cual atraviesa América Latina y el Caribe está produciendo transformaciones económicas y raciales como resultado de los ajustes del gasto público y de las restricciones del uso de los recursos financieros que afectan significativamente los aspectos sociales del desarrollo y, entre ellos, los sistemas de salud.

Que esta situación exige plantear nuevos enfoques y soluciones que demandan de la cooperación internacional una acción creativa con una orientación interdisciplinaria, en la cual la colaboración interagencial se torna un requisito indispensable y el mejoramiento de las condiciones de vida de los estratos sociales de menores ingresos de los Estados Miembros, constituye un objetivo prioritario de las políticas de la Oficina Sanitaria Panamericana y de la Secretaría General.

Que la Secretaría General, por medio de sus Secretarías Ejecutivas para Asuntos Económicos y Sociales y para la Educación, las Ciencias y la Cultura, tiene experiencia derivada de la asesoría técnica, la capacitación y la investigación que realiza en los campos del desarrollo y la organización social, el desarrollo científico y tecnológico y la educación formal e informal.

Que la Oficina Sanitaria Panamericana tiene experiencia acumulada en el campo especializado de la salud por medio de sus investigaciones, programas y cooperación técnica en las áreas de política de salud, tecnología de la salud, desarrollo de los recursos humanos e investigación.

Que la coordinación y complementación de acciones de ambas organizaciones en estas áreas específicas de interés común es un mecanismo apropiado para hacer más eficiente la cooperación técnica que se canaliza hacia los Estados Miembros.

Que las actividades a que se refiere el presente Acuerdo están enmarcadas dentro de los objetivos del Acuerdo suscrito entre el Consejo de la Organización de los Estados Americanos y el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud en 1950, y se contemplan en las normas para la aplicación y la coordinación de las disposiciones de la Carta sobre organismos especializados interamericanos aprobada por la Resolución de la Asamblea General de la OEA, AG Rev 87.

La Oficina Sanitaria Panamericana y la Secretaría General por lo tanto convinieron en celebrar el siguiente Acuerdo, cuyo objetivo general es aunar esfuerzos para llevar a cabo acciones conjuntas de cooperación en temas relacionados con el sector de la salud, dando consideración especial a su interacción en el desarrollo social.

Se distinguieron tres áreas de colaboración: primero, Análisis de política; segundo, Desarrollo de recursos humanos, y tercero, Investigación y desarrollo tecnológico.

En cuanto a la primera, análisis de política, se trata del análisis de la interacción de las políticas de salud en las políticas globales de desarrollo y de sus dimensiones intersectoriales; el análisis de la interdependencia entre las políticas de salud, las políticas sociales, las políticas económicas y las políticas científico-tecnológicas y su relación con los aspectos intrasectoriales; el análisis de los efectos de la crisis económica y financiera en los sectores sociales y de salud; el análisis del proceso de desarrollo tecnológico en salud, cubriendo los aspectos de política, demanda, utilización y evaluación de impactos.

En cuanto al área de desarrollo humano, se trata primero del desarrollo, conceptos, métodos, para el análisis de los procesos de formulación, ejecución y evaluación de políticas de recursos humanos en el sector salud y realización de estudios sobre mercados de trabajo en salud en países seleccionados de la Región, con la finalidad de identificar opciones de política y estrategias tendientes al mejoramiento de la calidad, relevancia y cobertura de la prestación de los servicios de salud.

Segundo, en esta área, el estudio de los procesos de surgimiento, profesionalización e institucionalización de los grupos ocupacionales en el área de salud, y de las formas organizativas y modos de participación en los procesos de cambio de los agentes de transformación pertenecientes al personal del sector salud.

Tercero, el análisis de los recursos humanos como uno de los factores de la función de producción de salud, con el fin de lograr una combinación satisfactoria de recursos y tecnología, y una prestación de servicios más adecuada.

Y cuarto, la ejecución de programas de capacitación de líderes para orientar y conducir los sistemas de servicios de salud, en función

del proceso de transformación hacia la meta de salud para todos en el año 2000, y diseño de programas de capacitación de posgrado en temas de política y administración del desarrollo social y su relación con salud y otros sectores del área social, contribuyendo al fortalecimiento de los aportes de las ciencias sociales al sector salud.

Por último, la tercera área, investigación y desarrollo tecnológico. Primero, se refiere a la promoción de mecanismos de coordinación y vinculación intrasectorial e intersectorial, nacionales e internacionales, requeridos para impulsar el desarrollo científico y tecnológico en salud. Segundo, el desarrollo y fortalecimiento de la infraestructura de ciencia y tecnología en salud, y promoción de la utilización de tecnologías tradicionales o ya establecidas de producción masiva y el desarrollo de tecnologías modernas. Tercero, fortalecimiento de la capacidad de producción nacional y las tecnologías adecuadas a sus necesidades y de análisis para evaluar y adaptar tecnologías externas en función de los requerimientos nacionales. Y, finalmente, promoción del desarrollo de las ciencias sociales aplicadas a la salud.

El resto del Acuerdo trata de mecanismos de ejecución, Comité de Coordinación y otras disposiciones usuales en este tipo de convenio. Muchas gracias, señor Presidente.

The PRESIDENT: Thank you, Dr. Salazar. At this point in time, Ambassador Soares and Dr. Macedo will sign the Agreement.

The Secretary-General of the Organization of the American States and the Director of the Pan American Sanitary Bureau signed the Agreement.  
El Secretario General de la Organización de los Estados Americanos y el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana firman el Acuerdo.

(Applause)

(Aplausos)

The PRESIDENT: Fellow delegates, I believe that at this time Ambassador Baena Soares may want to say a few words.

Embajador BAENA SOARES (Secretario General, OEA): Señor Presidente, señores Ministros, señor Director de la Organización, señoras y señores. Considero un honor y una gran satisfacción el poder firmar este Acuerdo con la honrosa presencia de los señores Ministros de Salud del Hemisferio. La colaboración entre instituciones del sistema interamericano es necesaria y está siendo cumplida.

El día de hoy tenemos la satisfacción de formalizar una etapa más de esta cooperación, con la firma del Acuerdo entre la Secretaría de la OEA y la Oficina Sanitaria Panamericana. Vamos a aunar esfuerzos en el sector salud, con énfasis en la interacción con el desarrollo social. El pueblo es el mayor y más valioso recurso de nuestros países; desarrollar

su potencial manteniendo su salud y capacidad creativa es uno de los objetivos fundamentales y, por lo tanto, uno de los objetivos esenciales de los organismos internacionales que conforman el sistema interamericano.

La Oficina Sanitaria Panamericana, como entidad especializada del sistema, lleva a cabo investigaciones y programas y asesora técnicamente a los Estados Miembros en el importante tema de la salud. La Secretaría General, dentro de sus funciones de cooperación técnica está atendiendo las necesidades de investigación de enseñanza y de asesoría en los sectores sociales, incluyendo la preparación de proyectos, el desarrollo de recursos humanos, la tecnología y la formulación de políticas integrales de atención al mejoramiento de las condiciones de vida de amplios sectores de la población de nuestros países.

Con la firma del presente Acuerdo, estamos realizando una valiosa complementariedad en beneficio de nuestros Estados Miembros, aprovechando los respectivos recursos técnicos y la excelencia que, en cada caso, hemos logrado en los campos mencionados.

Esta colaboración viene a reforzar otras iniciativas que cumplimos en atención a los problemas urgentes detectados por nuestros análisis o planteados por los cuerpos políticos. Deseo resaltar los esfuerzos que también hacemos, con el apoyo de esta Organización, en la identificación y financiamiento de proyectos integrados de impacto social en los países centroamericanos y Panamá, atendiendo resoluciones de la Asamblea General. En este esfuerzo contamos además con el apoyo del Banco Interamericano de Desarrollo, de cuyas reuniones de gobernadores hemos recibido los mayores alientos en esta tarea.

El Acuerdo nos permitirá conocer mejor el problema de los recursos humanos para administrar y dirigir los planes de programa del sector salud y nos dará base para apoyar a los gobiernos en la inserción de las políticas de salud en sus planes de desarrollo, obedeciendo la interdependencia entre las políticas económicas y las tecnológicas dentro de la coyuntura actual.

No debemos subestimar la oportunidad de fortalecimiento institucional que esta colaboración significará, ni la oportunidad de canalizar nuevos recursos de fuentes internacionales, especialmente las dedicadas a la investigación y a la enseñanza. Si bien la crisis financiera actual está absorbiendo gran parte de los medios de cooperación internacional, los aspectos sociales, particularmente los de la salud siguen requiriendo la atención urgente de los gobiernos y de las agencias de desarrollo. Con este tipo de acciones, creemos contribuir al esfuerzo que realizan los países en la búsqueda de soluciones a la problemática social que tan dramáticamente los aflige.

Antes de finalizar, me gustaría hacer una grata referencia a la reelección del Dr. Carlyle Guerra de Macedo para seguir rigiendo los destinos de esta Organización. Esta re-elección no hace sino confirmar



el reconocimiento de las excepcionales cualidades de un destacado científico de las Américas, con reconocida vocación de servicio internacional.

Desejo também senhor Presidente, fazer uma menção à presença de Portugal como Estado Observador nesta Organização. Saudado nós já temos Portugal como observador em nossa Organização dos Estados Americanos e vemos este interesse alargar-se com a participação também em outros órgãos do sistema, especialmente na Organização Pan-Americana da Saúde. Agradeço muito aos Senhores Ministros que me ouviram e quero também finalizar desejando maior êxito à reunião que está realizando a Organização. Muito obrigado.

(Applause)

(Aplausos)

The PRESIDENT: Mr. Ambassador, I believe that all delegates present here would want me to express their thanks and appreciation to you for being with us this morning and signing this Agreement, which no doubt could not have come at a more appropriate time. One of our main objectives in this Organization is one of peace, and this can only come about through cooperation among various organizations. We appreciate your sentiments as well, and we look forward to the cooperation. Thank you very much.

At this point, we have about 20 more minutes of business this morning; if you so desire, we would appreciate your company. However, I know that you are very busy and should you want to leave we will also give you the opportunity to do so. Thank you very much for your presence here.

ITEM 3.3: REPORTS OF THE MEMBER GOVERNMENTS OF THE ORGANIZATION ON PUBLIC HEALTH CONDITIONS AND PROGRESS ACHIEVED IN THE INTERVAL BETWEEN THE XXI AND XXII PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCES  
(resumed)

TEMA 3.3: INFORMES DE LOS GOBIERNOS MIEMBROS DE LA ORGANIZACION SOBRE LAS CONDICIONES DE SALUD PUBLICA Y LOS ADELANTOS LOGRADOS EN EL INTERVALO TRANSCURRIDO ENTRE LAS XXI Y XXII CONFERENCIAS SANITARIAS PANAMERICANAS (reanudación)

The PRESIDENT: As I said, we have about 20 more minutes left for this morning's proceedings and I shall ask the distinguished Delegate of St. Vincent and the Grenadines to report.

Report of the Delegation of St. Vincent and the Grenadines  
Informe de la Delegación de San Vicente y Granadinas

Dr. GRIFFITH (St. Vincent and the Grenadines): Mr. President, Mr. Director of PAHO, other distinguished officers at the head table, colleagues, ladies and gentlemen, I take this opportunity on behalf of

the Delegation of St. Vincent and the Grenadines to publicly congratulate Dr. Macedo on being elected Director for a second term, and I would like to add that there could not have been a better choice. I congratulate also those persons who were elected to serve to make this Conference a success.

Mr. President, St. Vincent and the Grenadines is a poor--some people use the word "developing"--small country of just over 100,000 persons whose foreign exchange earnings depend almost entirely on the single and very vulnerable export crop bananas. When our Government was elected in June 1984, we met an economy in chaos. All sanitary boards were operating on an increasing overdraft. Our national commercial bank was in serious financial difficulties and our adverse foreign and local debt position was not being addressed. Our medical services suffered from a chronic shortage of doctors, nurses, anesthetists, drugs and ambulances, and there was also a shortage of potable water. Unemployment was high and still is. Fortunately some infrastructure was in place upon which we were able to build. We were forced to close down our shoe industry, which was the single largest drain on the economy. We tightened up on waste in the economy generally and instructed the sanitary boards to reorganize with a view to solvency. We connected water meters to homes--this has prevented waste and cut-out the previous artificial shortages--and in addition we raised the water rates. In some areas we are recommending an increase in the cost to patients for medical attention, but have provided for those who are unable to pay anything at all so that no one would be denied medical attention for lack of money.

Mr. President, our emphasis is also on primary health care, which is based on the health teams operating in the community, in addition to treatment out of our main hospital in the capital, with smaller hospitals in rural areas. We are participating in the drug procurement program with the hope that drugs will be more readily available and at a lower cost.

Our single greatest problem, Mr. President, is our population explosion and teenage pregnancy. This is going to put a strain not only on our health services but on our entire economy, and more so because we have a very young population, 60% being under 25 years old. I am not convinced that counseling and sex education in schools alone would make any impact on this problem, and it is my opinion that a more serious, even punitive, approach would have to be considered. The problem of drug abuse is on the increase and is putting additional pressure on our already overcrowded mental hospital. While our overall health situation has improved somewhat--for example there has been a significant drop in infant mortality, increased vaccination coverage of diseases preventable by vaccination, and improved nutrition in children and mothers at risk--we are still short of doctors. We need partial funding for a chief medical officer to coordinate and supervise our health care program. We are still short of ambulances, and would welcome a gift of one or two. We need funding for an extra year for another engineer to develop a master plan to harness and extend our water resources.

Mr. President, whatever progress we have made within the last four years would not have been possible without the assistance of countries and organizations sympathetic to our situation. And we acknowledge our gratitude to some of them at this point, for example, the United States of America, Britain, Canada, Venezuela, Cuba, Taiwan, EEC, PAHO, WHO, FAO, UNICEF, CFTC, UNFBAC, CARICOM, CDB, Lenox Hill, Thigh Foundation and many others. And while we continue to help ourselves, Mr. President, we look forward to continued support from the sources just mentioned as we continue to focus on a move towards our goal of health for all by the year 2000. I thank you.

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

Dr. DEMEULEMEESTER (France): Monsieur le Président, Monsieur le Directeur, Mesdames et Messieurs les Ministres, Mesdames et Messieurs les Représentants. Ma délégation tient tout d'abord à féliciter le Dr. de Macedo pour sa réélection comme Directeur du Bureau sanitaire panaméricain, et à le remercier ainsi que son équipe pour le travail accompli. Je voudrais également souligner le renforcement de la coopération avec l'OPS au cours de ces dernières années dans le domaine essentiel de l'information. L'information à l'épidémiologie effectuée sur place à l'intention des personnels sanitaires de base, a notamment été un succès et permet d'intégrer progressivement le concept d'épidémiologie dans la pratique courante de ces personnels. Voyons maintenant le bilan de l'état sanitaire en Martinique, Guadeloupe et Guyane française.

Sur le plan politique, le changement majeur débuté en 1982 et actuellement totalement réalisé est la décentralisation. Cette décentralisation accorde des pouvoirs beaucoup plus importants aux régions et aux départements, notamment dans le domaine de la santé où ces collectivités locales sont devenues directement responsables de la plus grande partie du système de prévention, l'Etat conservant le contrôle du système hospitalier.

Concernant la santé des enfants, la mortalité infantile a beaucoup diminué pour atteindre des taux aux alentours de 15 pour mille en Martinique et Guadeloupe et 15 pour mille en Guyane. La plupart des décès surviennent actuellement dans la période néonatale. L'intérêt des services de protection maternelle et infantile s'est donc déplacé vers les problèmes périnataux et nous espérons par des programmes relatifs à l'amélioration des conditions de grossesse et d'accouchement, non seulement diminuer le nombre des mort-nés, des morts néonatales, mais aussi et surtout diminuer le nombre des handicaps qui trouvent leur origine dans la période périnatale.

Les problèmes liés à la pathologie infectieuse ont perdu beaucoup de leur importance. Les maladies qui peuvent être prévenues par les vaccinations ont disparu, sauf de rares cas de tétanos chez les adultes.

Dés efforts restent cependant à réaliser en Martinique et Guyane pour obtenir une couverture vaccinale optimum. En ce qui concerne la santé buccodentaire, à partir de cette année, un sel additionné de fluor sera mis sur le marché.

Chez les adultes, les accidents, les maladies cardiovasculaires, notamment l'hypertension artérielle, les cancers, le diabète, mais aussi l'alcoolisme et les maladies mentales sont à présent devenus les problèmes dominants. Ce changement dans la morbidité doit également entraîner un changement dans les missions des services de prévention qui jusqu'à présent ont surtout été orientés vers la prévention des maladies infectieuses et parasitaires. Les recherches épidémiologiques développées depuis deux ans dans le domaine des maladies chroniques devraient permettre de mieux orienter les actions dans ce domaine.

Enfin, la diminution de la natalité et l'augmentation de l'espérance de vie entraînent, plus en Martinique et en Guadeloupe qu'en Guyane, l'émergence des problèmes de santé des personnes âgées et plus particulièrement des incapacités qu'entraînent chez elles certaines infections comme les maladies cardiovasculaires.

Parmi les problèmes qui affectent la population en général, deux méritent d'être soulignés. Il s'agit d'abord du paludisme qui touche uniquement la Guyane française, ou son incidence n'a cessé d'augmenter depuis 1970 jusqu'à ces dernières années en raison de l'apparition de résistance à la chloroquine. L'utilisation de gamétocides et la coopération étroite qui s'est instaurée avec les pays voisins laissent cependant espérer une amélioration de la situation. L'autre problème est le SIDA, non pas tant en raison de sa prévalence actuelle, qui est encore relativement faible, mais surtout en raison de l'augmentation constante de son incidence et du fait que les premières études en cours indiquent que la transmission hétérosexuelle serait dans nos départements le mode de transmission dominant.

En ce qui concerne à présent les ressources, elles peuvent être considérées comme satisfaisantes. Le nombre de médecins atteint 140 pour cent mille habitants. Le nombre d'infirmiers, selon les départements, 300 à 380 pour cent mille habitants. Les lits hospitaliers sont dix pour mille habitants. Les centres hospitaliers régionaux de Pointe-à-Pitre, en Guadeloupe, et Fort-de-France, en Martinique, sont très bien équipés sur le plan technologique. Enfin l'accès aux soins est garanti à tous, soit par le système de la sécurité sociale, soit par un système de soins gratuits financé par l'État et par les collectivités locales. Entre 1975 et 1980, les dépenses de santé ont augmenté de 20% par an en moyenne. Durant la période 1981-1985, elles ont continué à augmenter d'environ 15% par an. Ce tableau plutôt favorable ne nous fait pas oublier qu'il persiste, notamment à la périphérie des grandes villes ou dans les régions rurales de la Guyane, des îlots de pauvreté qui justifient une attention particulière. L'un des résultats dont le service de protection maternelle et infantile de la Guadeloupe est particulièrement fier, a été de ramener la mortalité infantile et périnatale des quartiers défavorisés de la banlieue de Pointe-à-Pitre à un taux identique à celui de la moyenne de la population, malgré les conditions socio-économiques défavorables.

En conclusion, la Martinique, la Guadeloupe et la Guyane française ont à faire face d'ici 1990 à trois défis. Le premier défi sera de réussir la décentralisation. Le second sera d'adapter le système de santé aux changements de la situation sanitaire intervenus au cours des dernières années et enfin, le troisième sera de continuer à améliorer les prestations sanitaires tout en modérant la croissance des dépenses de santé, c'est-à-dire à mieux utiliser les ressources existantes. Si je peux me permettre pour terminer un jeu de mots à l'intention de nos amis anglophones: le dernier n'est pas le moindre.

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

Dr. DAVID (Dominica):\* A five-Year National Health Plan for Dominica came into effect in 1982 following a detail assessment of the health care system during the years 1979-1981. A health situation analysis conducted in 1985 forms the basis for a mid-point plan review in preparation for a new five-year plan for the period 1987-1991. The report presented addresses the guidelines given to us to follow and tries to keep the subject matter as brief as possible.

With regard to the effects of the socioeconomic and demographic crisis on the health sector, our socioeconomic situation is as follows. Dominica, a basically agricultural economy, exhibits most of the characteristics of small underdeveloped countries, that is, dependence or reliance on external sources for substantial financial and technical assistance. Per capita income was recorded as US\$1,130.000 in 1985. Gross domestic product has shown a moderate increase over the past few years. Agriculture continues to be the mainstay, contributing an estimated 31% to the gross domestic product (GDP), with manufacturing accounting for 8.7% during 1984.

The last census in 1981 recorded Dominica's population as 73,795 persons. Estimates for 1984 now stand at 78,501, and mid-year estimates for 1985 indicate a population of about 77,400. Estimates are based on assumptions of declining total fertility rates (2.6) and declining net migration (400 per year). Population estimates for the years 1982, 1983 and 1984 show a decline in the proportion of individuals in the 0-14 age groups. The elderly population aged 65 years and over shows a steady increase and this is expected to continue. The crude birth rate increased to 21.28 per 1,000 during 1984. The crude death rate for the same period increased slightly to 5.5 per 1,000. An increase in the crude death rate could occur as a result of the aging characteristics of the population.

\* Statement submitted in writing and included in the record at the request of the Delegation of Dominica.

\* Informe presentado en escrito e incluido en el acta de conformidad con el pedido de la Delegación de Dominica.

The ratio of males to females is now estimated at 97 males per 100 females. Females form a substantial majority of the older age groups. The proportion of women of childbearing age (15-44 years) has increased to an estimated 21.6% in 1984. The largest age group is constituted by persons aged 15-44 years, who formed 44.4% of the population in 1984. The highest proportion of the population, 35.8%, is attributed to the Roseau Health District, which includes the capital city and periurban areas. Illegitimacy has remained at a constant 80%, and approximately 40% of single women are heads of households. Fertility rates show a steady decline in women aged 15-44 years. Age-specific fertility rates, on the other hand, have shown a decrease in all age groups for 1984.

Infant mortality rates from 1980 to 1983 were at a low of 10.2 per 1,000 births. A number of questions have been raised with regard to the accuracy of the figures, and the extent of under-reporting has remained a question. Infant mortality rates in 1984 have shown a sharp increase, by 10% over the 1983 figure of 13.9 per 1,000 live births. Life expectancy at birth is surprisingly high, at 76.7 years. The low age-specific death rates, particularly infant mortality rates, have influenced this estimate to a great extent.

The conclusions we can draw from these figures are, firstly, that population trends point to an increasing demand in the future on the health services, in particular the maternal and child health programs. Special emphasis will have to be placed on community services for a growing elderly population. Secondly, the population in the main urban and peri-urban areas is not expected to decline in the future, particularly since the labor force will continue to increase and job seekers migrate to town areas for jobs. It is possible that economic policies which emphasize rural development and agriculture will stem the growth to some extent. Thirdly, it is hoped that as women become more educated and economically independent, fertility rates will continue to decline. High neonatal mortality rates point to a need for indepth investigation into the present trend of infant mortality rates with a view to achieving the goal of 20 per 1,000 by the year 2000.

With regard to the health sector policy, priorities, objectives, goals, plans and strategies, the National Health Plan for the period 1982-1987 clearly embodies the policies and commitment of the Government of Dominica for the delivery of health care in the State. The health policies which have been formulated within the context of the existing social and economic situation emphasize broadly the concepts of equity, and have focused on health care financing methods; primary health care strategies; community participation, secondary care; and health facilities development. Policy statements indicative of the Government's commitment to manpower development have been translated into definite increases in the health manpower establishment through the primary health care nurse, and by an increase in both overseas and in-country training. During the period 1982-1985 a total 58 Level II nurses have been trained. Approximately 75% of these nurses are currently assigned to working in the community.

To ensure the availability of financing for drugs and other medical supplies the Government has revised the fees payable for hospital medical services, with payment applied from contributions of members of the national social security scheme. In addition, a Revolving Drug Fund was established in 1984, with a sum of E.C.\$0.5 million obtained from the Social Security Fund. To support the latter, a National Drug Formulary listing generic drugs to be used has been enforced.

All the changes proposed in the National Health Plan called for corresponding changes in the organizational structure of the health sector. The proposed reorganization centered around the concepts of decentralization and the removal of vertical lines and programs and their replacement by a team approach at all levels.

Strengthening of the management system was necessary to provide the expanded capability need for efficient and effective health services delivery. The strengthening of the managerial process requires continuous in-service education for all staff levels, to improve communication of national goals and motivation of health personnel. This process is also facilitated through an annual forum of consultation for all district teams. At this forum, goals and coverage achievements of the previous year are reviewed and teams compete for a trophy.

In 1982 implementation of a new health information system commenced with a defined catchment area for each health center or clinic. Mapping and house numbering exercises preceded this new information system and local programming was conducted by the nurse assigned to that area, with assistance from central support staff. The programming exercises are geared to optimum utilization of existing resources and provide the framework for program monitoring and evaluations.

Over the next few years, policy directives will give priority to manpower development, management of hospital services and the necessary strategies to ensure that an efficient referral system enhances all service levels. The economic situation also dictates that priority be given to new methods and strategies for cost containment and health system financing.

Regarding the organization of the health services, delivery of health care has been facilitated by the division of the island into seven health districts. Health services are provided at district level by a team of health personnel assigned to the health district. In each health district, the resident medical officer functions as the team manager/leader, with the exception of the health district, which serves the capital city, Roseau, where the team is headed by a pharmacist. Program delivery and team functioning are guided by established norms and standards and are also supported by various procedure manuals.

The Princess Margaret Hospital continues to be the single main referral hospital and is located in the capital. The physical structure of the wards has not changed since its construction in 1962. However, a new utility block presently nearing completion will house dietary, laundry, central sterile, supplies and maintenance services. Construction of a polyclinic, which will be sited on the hospital grounds, will commence later this year. This new building will provide offices for administration and services for emergency care, pharmacy, X-ray and outpatients.

From 1982 to 1984 four Type I health centers and 14 new clinics were constructed in all of the health districts. Five villages not previously served by health facilities now have units from which health care services can be delivered.

The reorganization of the health system and, in particular, primary health care services, has influenced the need and demand for efficient service delivery at the main referral hospital. The focus of organizational emphasis during 1986 and 1987 will be to strengthen the networking of the two systems and the outpatient services at the main hospital.

As regards development of the infrastructure, priority programs during 1982-1985 centered around manpower development, mental health, environmental health, nutritional health and family life education, laboratory services, immunization and dental health.

Concerning manpower development, the Government of Dominica continues to be the major provider of health care, and consequently the majority of health workers are employed within the civil service.

Nurses constituted 71% of the total health manpower cadre in 1984. A new category of nurse, the primary care nurse, was introduced into the system. Training of this new Level II nurse comprised 18 months, including midwifery, plus an internship period of six months. A total of 34 primary care nurses were trained from 1982 and are now assigned to various health districts. This cadre has increased the available district staff by 35%. During the same period the number of family nurse practitioners trained increased from three to eight, and could be assigned one per health district. The training program for registered nurses was suspended from 1981 to 1984 and a new intake of 19 students was enrolled in 1985, with their training to be based on a new curriculum prepared with PAHO/WHO technical assistance. Level II nurses and mental health nurses accounted for 53% of the students enrolled in the school of nursing over the past five years, and that same group comprises 41% of the graduates for the same period. In addition to the nursing program, 13 pharmacists were trained locally using a new curriculum.



A total of 91 persons proceeded on overseas courses from 1982-1985. This does not include those persons who attended numerous workshops and seminars conducted in the Region or elsewhere. The majority of fellowships for overseas study were provided by PAHO/WHO. The total health manpower cadre during the last four years has increased from a total of 258 to 336 persons.

Dominica, like many of the developing countries, has problems with environmental sanitation and with solid and liquid waste disposal. Communicable diseases are present, and typhoid fever, which is endemic on the island, has been posing a problem since 1977, when an epidemic occurred which thrust the typhoid problem into the open. Since then, the incidence has fluctuated, but the average number of cases seen yearly remains around 30. A Typhoid Control Committee was organized and with strategies initiated by this Committee the incidence is slowly being decreased. In fact the number of cases fell from 32 to 25 in 1985. The strategies included: a) intense anti-typhoid surveillance activities in the high risk districts; b) a comprehensive health education program for patients, convalescent carriers and the general public; c) better supervision, screening, examination and health education of food handlers; and d) identification of carriers by the new improved Vi hemagglutination test. From May 1984 to September 1985, 2,794 Vi tests were done. Thirteen had titres of over 1:160. There were eight fecal isolations.

Tuberculosis cases have increased slightly, especially in the Roseau area. This is due to poor compliance with drug schedules and to the fact that many of the patients are alcoholics and do not return to the outpatient clinic for follow-up treatment. The sexually transmitted diseases have also increased. This is due to difficulty in tracing contacts and getting the names from those infected. Greater perseverance and public health surveillance are needed. No cases of AIDS have been identified or reported so far.

The incidence of gastroenteritis has remained the same more or less; there has been no increase in cases over the past few years. Rubella is present, and there were 20 cases reported in 1985. The Ministry of Health is considering adding rubella vaccine to the EPI Program, as it would be more cost-effective to prevent congenital rubella syndrome through vaccination rather than to treat the cases when they do occur.

Immunization coverage in children under one year of age for the six EPI diseases was intensified from 1981. Coverage for DPT and poliomyelitis increased over the past four years, from 57 to 95% in some districts. Most districts have attained 75% coverage of the target population. Measles and BCG vaccines introduced in 1981 have both showed steady coverage increases, from 45% in 1982 to 90% in 1985.

Throughout the island's network of clinics and health centers, treatment for common diseases and injuries is provided. A leprosy control program, which commenced as a vertical program, has reorganized 18 leprosy patients to live within communities. The program is now integrated into the general community health services.

Dental health awareness and coverage, in particular of the school population, has made major strides. A dental auxiliary is now assigned to each of the health districts, ensuring coverage for the rural population. Emphasis has been on preventive dental care through the teaching of toothbrushing and use of fluoride rinses to schoolchildren. It is hoped that the incidence of dental caries can be reduced over the next three years by 50%. Dental health education has been provided through workshop sessions for schoolteachers, both primary and secondary.

The help given by PAHO/WHO is of immense value and without it most, if not all, of our programs would not get off the ground. The AMPES covers most areas, such as: developing our national health plan utilizing the primary health care (PHC) approach; developing secondary care facilities on PHC principles; implementing health services programming, including a health information system; training in PHC development; developing the nursing system as a component of the health care delivery system; promoting availability of critical supplies; leprosy control; improving technical and administrative skills of laboratory technicians; preparation and implementation of health and hospital disaster preparedness plans; training in disaster preparedness; development and consolidation of communicable diseases surveillance, including epidemic investigation; laboratory support for surveillance; Expanded Program on Immunization; strengthening of the health education service; plans to eliminate malnutrition as a public health problem, reduce anemia incidence, lower obesity and manage diabetics, and improve food availability and accessibility; action to implement the proposed new family planning/family life education (FP/FLE) project funded by UNFPA; improvement of maternal and child health (MCH) services, norms and standards; expansion of the program of health and family life education in primary and secondary schools; strengthening of midwifery education programs; improvement of control of diarrheal diseases; development of a national environmental health program; supplies and equipment; training of field personnel; evaluation of Aedes aegypti; development of the vector control program; strengthening of nursing education; training of health personnel in health services; and improvement of veterinary services manpower.

The PRESIDENT: Thank you very much. Fellow delegates, that concludes the reports of the Member Countries and before we break I shall ask the Rapporteur to prepare the proposed resolution for item 3.3. I am sorry. I understand that the United States of America is requesting the floor.

Statement by the Delegate of the United States of America  
Declaración del Delegado de los Estados Unidos de América

Mr. BOYER (United States of America): Thank you Mr. Chairman. Before you close the debate on this item, there is a procedural concern about this item that I would like to mention briefly. We have all learned a great deal from the presentations that have been made to the Conference, and of special importance have been the very impressive written reports presented by delegations according to the rules set forth for this item. And I regret that my own Delegation was so late in providing other Members with copies of the presentation of the United States Secretary of Health, Dr. Bowen. But in relation to these distributed documents, I sense a procedural problem. It is this: During the discussion there was distributed a document that was entirely a political attack on the United States of America, seven pages of rather harsh, bitter, and erroneous political charges. I do not know where this paper came from. There was no name on it. No delegation claimed responsibility. There was no identification. We received only a photocopied text without attribution. It was not clear whether this came from a delegation, was intended as an official document of the Conference, or was something else.

Whatever its source, I have some concern about the use of the PAHO Secretariat to distribute papers of this nature. It seems to me that the Secretariat needs to develop better control of documents distributed at the meetings of Governing Bodies. Delegations, it seems to me, should not be forced to have political or commercial or other irrelevant documents thrust at them in their places in this room, nor should the Secretariat be facilitating this distribution.

Mr. President, the Pan American Health Organization is one of the few places in the United Nations system that have remained technical and non-political, thanks to the special efforts of Dr. Macedo and the conscientious desire of PAHO Member States to dedicate PAHO to the improvement of health in our Region. I know that the Secretary-General of the Organization of American States is accustomed to political debates in meetings of his agency, and those of us who go to Geneva have seen the kind of political debate that has been prevalent at the annual World Health Assembly. But PAHO has thus far been spared. The Delegation of the United States of America regrets that this tradition is being challenged at this meeting.

We are faced with the dilemma of allowing this presentation to go unanswered or to contribute ourselves to an activity that we find distasteful and unacceptable in this forum. Our choice is to continue to hope that PAHO will maintain its non-political status. We strongly regret efforts to transform PAHO into a political organization and we urge the Secretariat to develop better procedures for the control of documentation at future meetings. Thank you, Mr. Chairman.

The PRESIDENT: Thank you very much. I think we shall take note of your comments and the appropriate authorities will look into it. Thank you very much.

At this point in time, we shall break until 11:00 a.m.

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.

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

The PRESIDENT: We will now resume the session, and in so doing I shall ask the Rapporteur of the Committee on Credentials, Dr. Quijano of Mexico, to give the report.

Dr. QUIJANO (México): La Comisión de Credenciales celebró su segunda sesión el día 24 de septiembre de 1986, a las 9:15 horas.

Se examinaron las credenciales presentadas al Director de la Oficina, conforme a lo dispuesto en el Artículo 26 del Reglamento Interno de la Conferencia.

Se encontraron en buena y debida forma las credenciales del Representante de la República Dominicana, del Observador de Portugal, y de los organismos inter y no gubernamentales que a continuación se leerán, por lo que la Comisión propone a la Conferencia que reconozca su validez. Entre los organismos que tienen representación dentro del sistema de las Naciones Unidas están el Banco Interamericano de Desarrollo, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, la Comisión Interamericana de Mujeres, el Comité Internacional de Medicina y Farmacia Militares, la Comunidad del Caribe, el Convenio Hipólito Unanue, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, el Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura, las Naciones Unidas, la Organización de los Estados Americano y la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación.

Entre los organismos no gubernamentales figuran la Asociación Internacional contra la Lepra, la Asociación Internacional de Médicos, la Asociación Latinoamericana de Industrias Farmacéuticas, el Colegio Internacional de Cirujanos, la Confederación Internacional de Matronas, el Consejo Internacional de Enfermeras, el Consejo Internacional de Sociedades de Patología, la Federación Dental Internacional, la Federación Internacional de Acción Familiar, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, la Federación Internacional de Hospitales, la Federación Internacional de la Industria del Medicamento, la Federación Latinoamericana de Hospitales, la Federación Latinoamericana de la Industria Farmacéutica, la Federación Mundial de Asociaciones de Salud Pública, la Federación Mundial de Ergoterapeutas, la Federación

Mundial de Fabricantes de Medicamentos Registrados, la Federación Mundial de Neurología, la Federación Mundial de Salud Mental, la Fundación Internacional de Oftalmología, el Organismo Internacional de Prevención de la Ceguera, la Sociedad Internacional de Radiógrafos y Técnicos de Radiología, la Unión Internacional contra el Cáncer y la Unión Mundial de Ciegos.

En caso de que sea necesario, la Comisión de Credenciales se reunirá nuevamente. Muchas gracias señor Presidente.

The PRESIDENT: I shall now open the floor for comments. If there are no comments, the report is accepted.

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

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

ITEM 2.6: SELECTION OF ONE MEMBER GOVERNMENT ENTITLED TO DESIGNATE A PERSON TO SERVE ON THE JOINT COORDINATING BOARD OF THE UNDP/WORLD BANK/WHO SPECIAL PROGRAM FOR RESEARCH AND TRAINING IN TROPICAL DISEASES (TDR)

TEMA 2.6: SELECCION DE UN GOBIERNO MIEMBRO FACULTADO PARA DESIGNAR A UNA PERSONA QUE FORME PARTE DE LA JUNTA MIXTA DE COORDINACION DEL PROGRAMA ESPECIAL PNUD/BANCO MUNDIAL/OMS DE INVESTIGACIONES Y ENSEÑANZAS SOBRE ENFERMEDADES TROPICALES

The PRESIDENT: We now go on to item 2.6, Selection of One Member Government Entitled to Designate a Person to Serve on the Joint Coordinating Board of the UNDP/World Bank/WHO Special Program for Research and Training in Tropical Diseases. I want to call the attention of the Conference to Document CSP22/21, and I shall ask the Secretary, Dr. Knouss, to present this item.

The SECRETARY: As you mentioned, this item deals with the selection of one Member Government entitled to designate a person to serve on the Joint Coordinating Board. This program is better known as the TDR Program, and you will find the document under tab 21 in your materials. Currently, there are six Governments from the Americas that are represented on the Board. Brazil, Canada, Mexico and the United States of America will continue their membership on the Board through next year and in some cases for a longer term, by virtue of their selection by the contributors to the TDR or by virtue of their designation by the Board itself. Colombia was selected by the Regional Committee last year and will serve a three-year term until 31 December 1988. The term of the remaining member from the Americas, Venezuela, expires on 31 December of this year, and it is for this vacancy that the selection is being held.

Mr. President, I am pleased to report that this issue was discussed at the Heads of Delegation meeting immediately preceding the opening of the Pan American Sanitary Conference. At that time, there were two candidates. One has since withdrawn and, as I understand it, there is agreement that Cuba is now the only candidate for nomination for filling this post.

The PRESIDENT: Thank you very much. If there are any comments, I will listen to them now. I recognize Argentina.

Dr. STORANI (Argentina): La República Argentina tenía un particular interés en formar parte de esta Comisión, ya que las investigaciones y enseñanzas sobre enfermedades tropicales son de especial importancia para el norte de nuestro país, así como para las naciones hermanas limítrofes de Bolivia, el Paraguay, y el sur de Brasil. Sin embargo, tomando en consideración el interés manifestado por Cuba y también la dilatadísima historia que Cuba tiene de investigación sobre enfermedades tropicales, en su actual realidad con un elevado interés en este tema, y los esfuerzos que está haciendo para desarrollar su Centro de Enfermedades Tropicales, la Argentina ha resuelto declinar su pretensión en favor de Cuba, a la cual propone para ser seleccionada para integrar la Junta Mixta de Coordinación del Programa Especial. Gracias, señor Presidente.

The PRESIDENT: Are there any other comments? if there are no other comments I shall declare Cuba elected and at the same time I shall ask the Rapporteur to prepare a resolution concerning this election and we shall consider that resolution later on.

It was so agreed.  
Así se acuerda.

The PRESIDENT: I believe Cuba also wants to say something.

Dr. ANTELO PEREZ (Cuba): Quisiéramos agradecer al Delegado de la Argentina su gesto solidario al retirar su candidatura para la Junta Mixta, la cual, como él expresó, es muy importante para nuestro país, que está desarrollando grandes esfuerzos en este campo, y a la vez, a todos los Gobiernos Miembros por el respaldo dado a nuestra candidatura. Muchas gracias.

ITEM 2.7: SELECTION OF THREE MEMBERS TO THE POLICY AND COORDINATION ADVISORY COMMITTEE OF THE SPECIAL PROGRAM OF RESEARCH, DEVELOPMENT AND RESEARCH TRAINING IN HUMAN REPRODUCTION

TEMA 2.7: SELECCION DE TRES MIEMBROS PARA INTEGRAR EL COMITE ASESOR DE POLITICA Y COORDINACION DEL PROGRAMA ESPECIAL DE INVESTIGACION, DESARROLLO Y CAPACITACION EN INVESTIGACION EN REPRODUCCION HUMANA

The PRESIDENT: We move now to item 2.7, Selection of Three Members to the Policy and Coordination Advisory Committee of the Special Program of Research, Development and Research Training in Human

Reproduction. I shall ask the Secretary, Dr. Knouss, to present this item, and draw your attention to Document CSP22/19.

The SECRETARY: The Conference, as the Regional Committee for WHO for the Americas, must select three Member Countries to fill three vacancies on the Policy and Coordination Advisory Committee of the Special Program of Research, Development and Research Training in Human Reproduction. You will find the appropriate document under tab 19. One vacancy starts right now and expires on 31 December of this year. In other words, for the selected country, the term of office will be three months and a few days. The second vacancy arises as a continuation of this position, from 1 January 1987 for three years, ending 31 December 1989.

The third position for which this Region can select a Member Country is a position that starts right now and expires on 31 December 1988.

Although there are three terms of office, in reality there are only two positions for the Region of the Americas. I wish for you to recall that this issue was discussed by the Heads of Delegation at the meeting on Monday morning and subsequently by the General Committee. As a result, this Conference has agreed that only two countries will be selected, one whose term of office will start now and extend through 31 December 1989, and the second whose term will start now and extend through 31 December 1988.

At the time of the meeting of the Heads of Delegation there were two candidates for the two positions to be selected by the Regional Committee for the Americas: the United States of America and the Government of Argentina. By a random selection procedure between the two Governments, that is, by a flip of the coin by the Director, it was concluded that the United States of America would serve for the term starting now through December 1989, and Argentina from now through December 1988. I understand that both the Delegation of the United States of America and the Delegation of Argentina are in agreement with the procedures that have been used and have agreed to abide by the outcome. Mr. President, there may be some other comments on this issue.

The PRESIDENT: Thank you, Mr. Secretary. If there are any comments we will entertain them at this time. From what I can see, there are no comments, and therefore I want to inform this Conference that, there being only two candidates, under the procedures recommended by the General Committee, and in accordance with Rule 50, the United States of America is declared elected for the term from this date through 31 December 1989, and Argentina for the term from this date through 31 December 1988. I will also ask the Rapporteur to prepare a resolution for consideration some time later in the meeting.

It was so agreed.  
Así se acuerda.

ITEM 3.5: ELECTION OF THREE MEMBER GOVERNMENTS TO THE EXECUTIVE COMMITTEE ON THE TERMINATION OF THE PERIODS OF OFFICE OF CANADA, COSTA RICA, AND DOMINICA

TEMA 3.5: ELECCION DE TRES GOBIERNOS MIEMBROS PARA INTEGRAR EL COMITE EJECUTIVO POR HABER LLEGADO A SU TERMINO EL MANDATO DE CANADA, COSTA RICA Y DOMINICA

The PRESIDENT: We now move on to item 3.5, Election of Three Member Governments to the Executive Committee on the Termination of the Periods of Office of Canada, Costa Rica, and Dominica. I want to call the Conference's attention to Document CSP22/9, and also to inform you that in accordance with the statutory provisions, this election will be held by secret ballot. I shall now ask the Secretary to present the item, and report on the pertinent rules.

The SECRETARY: I would like to read to the assembled Conference the pertinent Rules of Procedure of the Conference for consideration of the election of the members of the Executive Committee. Under Rule 55, "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." And under Rule 56, "The term of office of Member Governments elected to the Executive Committee shall begin immediately after their election and they shall hold office until their successors are elected." Under Rule 52, "When two or more elective places are to be filled at one time under the same circumstances, those candidates obtaining in the first ballot the majority required shall be elected. If the number of candidates obtaining such majority is less than the number of elective places to be filled, ballots shall then be taken separately for each of the remaining places in accordance with Rule 51. If the number of candidates obtaining such majority is greater than the number of elective places to be filled, those candidates obtaining the largest number of votes shall be deemed to have been elected." Continuing under Rule 45, "For the purpose of these Rules, 'Governments present and voting' means Governments casting a valid affirmative or negative vote; or in an election, a valid vote for a person or a Government eligible in accordance with the Constitution or these Rules of Procedure. For the purpose of these Rules, 'majority' means any number of votes greater than half the votes cast by the Governments present and voting or, in the case of the election of the Director, any number of votes greater than half the number of the Governments of the Organization. Governments abstaining from voting or who cast blank ballots or invalid votes are considered as not voting. In computing a majority, any fraction shall be counted as a whole number." And finally, under Rule 53, "In an election each Government, unless it abstains, shall vote for that number of candidates equal to or less than the number of elective places to be filled. Any ballot paper on which there are more names than there are elective places to be filled, or on which the name of any candidate appears more than once, or which is illegible or signed or which reveals the identity of the voter, shall be considered null and void."



The PRESIDENT: In accordance with Article 50 of the Rules of Procedure, I have to appoint two tellers. They are Dr. Edward Griffith of St. Vincent and the Grenadines and Dr. José Padilla of Venezuela. Would you please take the positions at the head table. I think that we can at this stage take nominations from the floor. I recognize the Delegate of Guyana.

Dr. VAN WEST-CHARLES (Guyana): Guyana would like to propose Saint Lucia for membership in the Executive Committee.

The PRESIDENT: I recognize the Delegate of Brazil.

Dr. SANTOS (Brasil): Senhor Presidente, durante a reunião informal dos chefes de Delegação houve um análise das partes referente à escolha dos integrantes deste Comitê e também das posições de vários países em relação a essas partes. Em virtude disto a Delegação do Brasil entende que os três postos deveriam ser preenchidos pelos representantes do Equador, dos Estados Unidos da América e de Santa Lúcia.

The PRESIDENT: I recognize the Delegate of Panama.

Dr. REYES-VARGAS (Panamá): Señor Presidente, distinguidos Delegados. Hemos pedido la palabra para postular a los Estados Unidos de América para integrar el Comité Ejecutivo. Estamos seguros de que el ingreso de este país en el Comité Ejecutivo, si así lo determina el proceso de elección, significará un aporte valioso y creativo del pueblo norteamericano en la búsqueda de soluciones sinceras y responsables a los problemas que afectan al bienestar físico, mental y social de todos los países del continente. Tenemos la certeza de que este esfuerzo en común se logrará dentro de un marco de consideración y respeto mutuo, tal como lo señalan los principios que han inspirado la creación de estas instituciones de cooperación regional en materia de salud. Esta aspiración la sentimos y expresamos respetuosamente con la misma fuerza de convicción y fe que tenemos de alcanzar la soberanía total de nuestro territorio nacional el 31 de diciembre de 1999, en especial sobre nuestro canal interoceánico. Reiteramos, pues, nuestra petición de apoyo al ingreso de los Estados Unidos de América en el Comité Ejecutivo. Muchas gracias.

The PRESIDENT: I recognize the Delegate of Bolivia.

Dr. PAZ (Bolivia): Bolivia quiere proponer como Miembro del Comité Ejecutivo a Chile.

The PRESIDENT: Are there any other nominations? I shall now ask the Secretary to distribute the ballots.

There are four candidates. They are: Chile, Ecuador, Saint Lucia, and the United States of America. There are three positions and I want to remind you that you can only vote for three at the very most.

If all the ballot papers have been distributed, I shall ask the Secretary to call the Delegates following the English alphabetical order, so that they may approach the table and deposit their ballots in the box, out in front.

The SECRETARY: I will call the Member Countries in alphabetical order in English: Antigua and Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belize, Bolivia, Brazil, Canada, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, Ecuador, El Salvador, France, Grenada, Guatemala, Guyana, Haiti, Honduras, Jamaica, Kingdom of the Netherlands, Mexico, Nicaragua, Panama, Paraguay, Peru, St. Kitts and Nevis, Saint Lucia, St. Vincent and the Grenadines, Suriname, Trinidad and Tobago, United States of America, Uruguay, Venezuela.

I would like to call two countries again: Colombia (not present) and Kingdom of the Netherlands (not present). That concludes the balloting, Mr. President.

The PRESIDENT: I believe that all the countries have voted. If anyone has not done so, please say so. I shall now ask the tellers to do us the favor of counting the votes.

The tellers count the votes.  
Se efectúa el escrutinio.

The PRESIDENT: For a delegation to be represented on this Committee, that Delegation must get more than half of the votes, that is 17 plus 1 equals 18. The results are as follows: United States of America, 27 votes; Saint Lucia, 27 votes; Ecuador, 19 votes; and Chile, 15 votes. I therefore declare the United States of America, St. Lucia and Ecuador elected to the Executive Committee. I shall request the Rapporteur to prepare a proposed resolution formalizing the decision of the Conference, for consideration later. I also want to thank the tellers for an excellent job done. I recognize Peru.

Dr. TEJADA DE RIVERO (Perú): Muchas gracias, señor Presidente. Es en relación con el tema 3.5. No quise tener una intervención antes de la votación para que no hubiera ninguna posibilidad de interferir en el proceso, pero quisiera hacerlo ahora y quisiera hacer mención de que una de las virtudes de nuestra Organización es tratar en todo lo posible de obtener consensos que nos eviten el proceso de elecciones cuando se trata de varios países que aspiran a cargos. Muchas veces esto no es posible, Pero puede ser facilitado siempre y cuando se cumplan ciertas reglas implícitas que no están escritas, pero que han sido respetadas tradicionalmente en nuestra Organización. El señor Ministro de Salud del Brasil se ha referido a algunas de ellas, como por ejemplo la distribución subregional de los asientos en el Comité Ejecutivo y el principio de la rotación, ya que puede ocurrir que muchos países nunca estén representados en los Cuerpos Directivos. Creo que es importante e imprescindible que todos los países tengan la oportunidad de participar en esos Cuerpos Directivos.

En la Organización Mundial de la Salud, para facilitar estos consensos, se prepara a través de la Secretaría un cuadro informativo para todos los Delegados. En este cuadro está la relación de los Países Miembros, están los años, en una serie histórica de aproximadamente 20 años, y se marca las veces que cada país ha estado representado en estos organismos de gobierno. Por eso, quisiera hacer una petición, con el objeto de que, en el futuro, se tenga en cuenta el respeto a estas reglas, en el sentido de que la Secretaría, en lo sucesivo, prepare con anticipación y remita a los países este cuadro informativo que facilitaría enormemente el consenso que es necesario en esta Organización. Gracias.

The PRESIDENT: I recognize Ecuador.

Dr. BRACHO-OÑA (Ecuador): Sr. Presidente, señores Delegados. Permítanme presentar mis más cálidos agradecimientos por la delicadeza de depositar el voto en favor del Ecuador para que formara parte del Comité Ejecutivo. Nosotros estamos conscientes, señor Presidente, de la responsabilidad y del honor de estar en ese Comité. Esa responsabilidad, ese reto, lo vamos a compartir con otros distinguidos colegas. El Ecuador, respetuoso del pensamiento de América, de sus instituciones democráticas, de su absoluto y profundo sentimiento de servicio a la comunidad preterida y olvidada, al niño enfermo, al hombre de la manigua, aquel que más necesita de nuestra presencia y de nuestra acción, estará pendiente y recogerá las ideas de todos los colegas del Continente para llevar al Comité Ejecutivo un pensamiento unificado que será el mejor homenaje que hagamos a este hermoso Continente, que queremos sea cada día mejor para nuestros queridos hombres que necesitan de nuestra acción.

The PRESIDENT: I recognize Saint Lucia.

Dr. MASON (Saint Lucia): Director, members of the head table, colleagues: I wish to extend my gratitude, in the first place, to Dr. Van West-Charles of Guyana for having moved the nomination of Saint Lucia to the Executive Committee. In his capacity as Chairman of the Council of Ministers of the CARICOM States, I wish to applaud him and thank him for moving this nomination.

I also wish to thank all of those who supported Saint Lucia's nomination and I am fully cognizant of the responsibilities that now rest upon our shoulders. We, however, are strengthened with the thought that we have the support of most of the countries in Latin America, and we would particularly like to collaborate and cooperate with the smaller States in the Region, the island States with which Saint Lucia will work in close cooperation because, on the Executive Committee, one does not represent oneself, but one represents all the countries who form the Pan American Health Organization. It is with this vision that Saint Lucia will apply herself to her task on the Executive Committee. We will need the guidance and support of those who have been on the Committee before, and we shall seek this from the outgoing members, Canada, Costa Rica and Dominica, along with those who are on the Committee now and have been serving for a few years.

I would like to thank all of those who supported Saint Lucia and assure you of my best cooperation at all times.

The PRESIDENT: I recognize the Delegate of the United States of America.

Mr. BOYER (United States of America): The United States similarly would like to thank the Pan American Sanitary Conference for another vote of confidence in the United States and for electing us to the Committee. We are also very grateful for the eloquent nomination of the United States by the Vice Minister of Panama. We will continue to work to support the efforts of the Director and to support the development of programs in this Organization that are in the best interest of the Organization and of all of the Member States.

The PRESIDENT: I recognize Chile.

Dr. SCHUSTER (Chile): Sr. Presidente, la Delegación de mi país desea expresar su agradecimiento a las Delegaciones que nos honraron con su apoyo, y reiterarles la decisión de mi Gobierno de continuar luchando por alcanzar la salud para todos en el año 2000. Gracias, señor Presidente.

The PRESIDENT: We shall be concluding this morning's session in a minute but I believe the Secretary has an announcement or two to make.

The SECRETARY: I would like to make one brief observation about the comment that was made earlier concerning the level of information that should be available from the Secretariat. I must thank the staff of the Secretariat for the job that it has done in getting the information distributed to the countries, including the particular information that was requested, which was provided under Document CSP22/9, concerning the election of three Member Governments to the Executive Committee on the termination of the periods of office of Canada, Costa Rica, and Dominica. In addition, I would like to call the attention of the General Committee to the fact that we will be meeting immediately after this session in Conference Room C.

The PRESIDENT: The meeting now stands adjourned until 2:30 p.m.

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

SIXTH PLENARY SESSION  
SEXTA SESION PLENARIA

Wednesday, 24 September 1986, at 2:30 p.m.  
Miércoles, 24 de septiembre de 1986, a las 2:30 p.m.

President: Dr. Keith Simmons Barbados  
Presidente:

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

The PRESIDENT: I see that we have a quorum, and I therefore want to begin today's proceedings by asking our Secretary to report on the findings of the General Committee.

The SECRETARY: The General Committee held its second session on Wednesday, 24 September at 12:15 p.m. Present were the two Vice Presidents, the Rapporteur, the Delegate of the United States of America and the Deputy Director of the Bureau. The General Committee reviewed the general status of the Conference and decided as follows:

1) To begin this afternoon's session with the report of the General Committee, which I am now reading, to be followed by item 8.1, Resolutions of the Thirty-ninth World Health Assembly of Interest to the Regional Committee; item 5.1, Orientation and Program Priorities for PAHO during the Quadrennium; and the remaining items as you see them displayed on your Order of the Day for this afternoon's session, the sixth plenary session.

2) As you were previously informed, tomorrow Thursday, 25 September, there will be a meeting of the Heads of Delegation in Room B at 8:00 a.m. At 9:00 a.m. the plenary session will consider item 5.4, Caribbean Cooperation in Health; item 5.5, the Andean Subregion Joint Plan of Action; item 5.6, Women, Health and Development: Regional Forward-looking Strategies. On Thursday afternoon, the following items will be considered: item 5.7, Progress Made in the Use of TCDC/ECDC by Member Governments and the Organization; item 5.8, Expanded Program on Immunization in the Americas; item 5.9, International Program on Chemical Safety; and item 8.3, the Abraham Horwitz Award for Inter-American Health. The session tomorrow afternoon will continue until 6:00 p.m., and we will therefore continue to take up agenda items if there is time remaining after the award ceremony.

Item 9 of the agenda, Other Matters, will be considered at various times. The first will be Friday morning, 26 September, when we will consider Document CSP22/INF/3 on Aedes albopictus in the Americas. For the rest of the morning, the plenary will consider item 5.10, International Drinking Water Supply and Sanitation Decade - Regional Progress;

item 5.11, PAHO Plan of Action for Food Safety; item 4.1, Report of the Award Committee; and item 4.2, Report of the Advisory Committee on Health Research. On the afternoon of Friday, the following items will be taken up: item 7.1, Relations with Nongovernmental Organizations; item 6.3, Hiring Under Local Conditions of Employment for the Mobilization of National Resources; item 8.2, Provisional Agenda of the Seventy-ninth Session of the Executive Board of WHO. Item 9, Other Matters, will be continued as the conclusion of that session.

Finally, on Saturday morning, 27 September, item 9 will be continued, if necessary and, as indicated previously, it is intended to close the Conference on Saturday at 12:00 noon, with the signature of the Final Report. In order to do so--and this is very important--the General Committee would exhort all Delegations to be as concise as possible; otherwise, there may be need for an evening session on Friday, 26 September. This concludes the report.

Mr. President, I would like to mention one other thing. You have had distributed to you at your desks several proposed resolutions: PR/2, Report to the Director; PR/3, on TDR Board elections; PR/4, on the elections for the Human Reproduction Program; and PR/5, on the elections for the Executive Committee. You also have the verbatim record of the first session. The resolutions will be taken up at a later session. Thank you, Mr. President.

The PRESIDENT: Thank you very much. Are there any comments on the report of the General Committee? If there are no comments, then I shall move on to the next item on the agenda.

ITEM 8.1: RESOLUTIONS OF THE THIRTY-NINTH WORLD HEALTH ASSEMBLY OF INTEREST TO THE REGIONAL COMMITTEE  
TEMA 8.1: RESOLUCIONES DE LA 39ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD DE INTERES PARA EL COMITE REGIONAL

The PRESIDENT: I would ask the representative of the Executive Committee to report on that subject.

Dr. GAY (Chairman of the Executive Committee): The Director commented before the Executive Committee on the 31 resolutions which were adopted by Thirty-ninth World Health Assembly in May 1986. His first remark was that the changes that had been made had resulted in a perceptively greater depth of language and in a reduction in the number of resolutions. These resolutions were all of direct or indirect interest to PAHO, but he would cite only a few, such as Resolution WHA39.5, on the Real Estate Fund, because that Fund would be defraying some 25% of the cost of the repairs to PAHO's Headquarters building. With regard to Resolution WHA39.7, the Director stressed that the Americas was the Region that had responded least to the preparation of the Seventh Report on the World Health Situation. In connection with Resolution WHA39.9,

amending the scale of assessments for the second year of the financial period 1986-1987, the Director noted that the assessments of the smallest contributors in the Americas had been increased by 100%, and in one instance by as much as 200%.

In commenting on Resolution WHA39.14, he recalled that the topic "Tobacco and Health" had turned into "Tobacco or Health" and that many Delegations, especially from the Americas, had expressed reservations relating to the economic and social implications of the control of tobacco. He noted that smoking has been banned in PAHO buildings for the protection of passive smokers. Inasmuch as 75% of the staff of the Conference did not smoke, leadership by example should raise the figure to 100%. The discussion in the Executive Committee also touched, among other things, on arrears in the payment of assessments, there being three Member Countries in the Region to which the provisions of Article 7 of the Constitution of WHO might have been applicable, on the need not to reduce health budgets because health was essential to welfare and productivity, and on the Nairobi recommendations on women, health and development, which PAHO had anticipated. The Committee also discussed the basic plan on Priority Health Needs of Central America and Panama, which had inspired Resolution WHA39.23, entitled The Impact on Health of the Situation of Tension in Central America, and of AIDS, with emphasis on the need to confine future action to purely technical matters, and there was no need for the Committee to take a decision or prepare a resolution on the subject. Thank you, Mr. President.

The PRESIDENT: Thank you very much Dr. Gay. Now the Director wants to make his presentation.

Dr. GUERRA DE MACEDO (Director): Gracias, señor Presidente. Yo quisiera, a riesgo de duplicar la información ya dada por el Representante del Comité Ejecutivo, hacer algunos comentarios adicionales sobre algunas de las 31 resoluciones aprobadas por la 39a Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 1986.

En relación con la Resolución WHA39.7, que se refiere a la evaluación de la estrategia de salud para todos en el año 2000, yo quisiera --además de señalar que en cierta manera no es consistente con el estado de desarrollo de nuestros sistemas de información y nuestros sistemas de servicios de salud en esta parte del mundo el hecho de que hayamos sido, entre las seis regiones de la OMS, la que menos respuestas dio en esta evaluación--llamar la atención sobre la necesidad de considerar el ejercicio de evaluación de la estrategia, no como un trabajo burocrático más que se hace para cumplir con los requerimientos de la OMS y particularmente de Ginebra, sino como una oportunidad extraordinaria de revisar los sistemas de información y de promover la voluntad y los mecanismos de evaluación que son tan necesarios para reorientar nuestros sistemas de servicios.

Creo que es preciso que cada país y la Organización se unan en ese esfuerzo solidario por lograr que el proceso de evaluación forme parte, en todo momento, del quehacer del sector salud.

La Resolución WHA39.8 se relaciona con el apoyo adicional a las estrategias nacionales de salud para todos en los países en desarrollo menos adelantados. La única observación que quiero hacer al respecto de esta resolución es que tenemos entre los Miembros de la OPS, Oficina Regional de la OMS para las Américas, un país que está dentro de esa categoría y que es la hermana República de Haití. Este es un momento muy especial en la historia de Haití, que podría decirse, quizás, se ha reencontrado con su propio destino. Haití, debemos recordarlo, fue la primera de las repúblicas latinas, o del Caribe, que tomó la decisión de forjar su propia libertad política, y Haití necesita en estos momentos atención particular y todo el apoyo que la Organización pueda concederle.

La Resolución WHA39.9 trata de la modificación de la escala de contribuciones aplicable al segundo año del ejercicio 1986-1987, y de allí en adelante. Es probable que algunos de los países de las Américas no se hayan dado cuenta todavía, pero los incrementos en sus contribuciones, en términos relativos, son realmente muy grandes; 100% y, creo que, en un caso, 250%, en relación con lo anteriormente establecido. Teniendo en cuenta las dificultades que experimentan algunos de esos países, incluso con atrasos en el pago de sus cuotas a la OMS, eso significa una carga adicional para ellos que merece muy seria consideración.

Sobre la Resolución WHA39.14, Tabaco o salud, se ha tomado la medida, ya mencionada en el informe del Comité Ejecutivo, de prohibir que se fume en todos los edificios y locales de trabajo de la Organización, no solo en Washington, sino en todos los países. Además, la Organización, junto con algunos países donde el problema parece ser más serio, viene desarrollando una serie de actividades de promoción, así como elaborando programas específicos para ayudar a esos países a definir políticas pertinentes, tal como se les pide en la resolución, y a llevar a cabo actividades específicas para combatir ese hábito tan pernicioso para la salud. Estamos conscientes de que algunos países tienen que considerar no solo las dificultades que es dado esperar en la ejecución de ese tipo de actividades, sino, en particular, las repercusiones económicas de los programas orientados a limitar el hábito de fumar. En algunos países, el cultivo del tabaco y la industria del tabaco son actividades económicas importantes en términos de producción y oportunidades de empleo, y de su contribución a los presupuestos públicos de los países respectivos. Creo que las actividades de salud deben ser consideradas también en relación con esas repercusiones de tipo económico sin dejar a la vez de impartirles la urgencia y la absoluta necesidad de que sean realizadas.

La Resolución WHA39.15, Estrategia mundial de la salud para todos en el año 2000: Repercusiones de la situación económica mundial, se refiere a un tema que está adquiriendo más y más importancia, a tal punto que se ha decidido que las Discusiones Técnicas de la Asamblea Mundial de



la Salud de 1987 tendrán como tema específico este mismo asunto. En la Región de las Américas, el problema ha sido tratado con cierta profundidad en las reuniones del Comité Ejecutivo y del Consejo Directivo. La Organización se ha ocupado de realizar estudios para determinar el impacto de la crisis económica en el sector salud y continuará efectuando estudios, no solo individualmente, sino con la cooperación de los Países Miembros y de otras agencias interesadas.

Llamo la atención a la Resolución WHA39.17 sobre la aplicación del Artículo 7 de la Constitución, para reforzar lo ya dicho por el señor Representante del Comité Ejecutivo de que tenemos algunos países en la Región, dos en particular, que tienen problemas de atraso en el pago de sus cuotas a la OMS.

Con respecto a la Resolución WHA39.18, sobre la aplicación de las estrategias de Nairobi orientadas hacia el adelanto de la mujer en el sector salud, esta Organización se ha adelantado, y el tema será objeto de consideración por la Conferencia en los próximos días. De hecho, ya hemos elaborado un programa para poner en marcha proyectos basados en las recomendaciones de la reunión de Nairobi en la Región de las Américas.

En lo que se refiere a la Resolución WHA39.20 sobre el Decenio Internacional del Agua Potable y del Saneamiento Ambiental, cabe señalar que ese tema también está incluido en el programa de esta Conferencia.

La Resolución WHA39.22, Cooperación intersectorial en las estrategias nacionales de salud, es consecuencia de las Discusiones Técnicas que tuvieron lugar durante la Asamblea Mundial de 1986, cuyo informe se está distribuyendo. La resolución casi se explica por sí sola, pero yo quisiera destacar que el asunto es objeto de consideración especial en la OPS. Hace ya más de un año que iniciamos, en colaboración con el Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social y con la cooperación del Brasil, Perú y Venezuela, una investigación para profundizar en el conocimiento de la dimensión intersectorial de la salud, particularmente en relación con los problemas de extrema pobreza y con la dimensión política de los procesos de decisión que atañen a la salud de los pueblos latinoamericanos y del Caribe, y de las Américas en general. Hemos distribuido a los bancos y otras instituciones económicas copia de la resolución aprobada por la Asamblea y hemos conversado con ellos sobre su contenido, manteniéndonos en estrecha comunicación para explorar todas las posibilidades de acción conjunta en las actividades relativas a este asunto. Además, creemos que el desarrollo de nuestras estrategias operativas y sobre todo--y acaso la Conferencia apruebe la orientación de política y las prioridades programáticas para el cuatrienio próximo--la dimensión intersectorial de la salud, en el sentido global, será una de las preocupaciones permanentes y fundamentales en el desarrollo de cada uno de los programas de cooperación de la Organización.

Llamo ahora la atención sobre la Resolución WHA39.23, Repercusiones sobre la salud de la situación de tensión que vive Centroamérica, solo para decirles que los países de Centroamérica, a través de sus

Ministros de Salud, han mostrado una y otra vez en la Asamblea el espíritu de unidad, de cooperación y de solidaridad que los une en el desarrollo del Plan de Necesidades Prioritarias de Salud en Centroamérica y Panamá. La resolución expresa la solidaridad de los países y de la Organización como un todo en favor de esos esfuerzos de la subregión de Centroamérica y Panamá.

La Resolución WHA39.25, Prevención de los trastornos mentales, neurológicos y psicosociales, es de importancia para las Américas en la medida en que los problemas relativos a la salud mental adquieren una importancia creciente en el cuadro nosológico de nuestras poblaciones, también por la necesidad de que procedamos--y de hecho muchos países ya lo están haciendo--a un esfuerzo activo y decidido de reorientación de los servicios correspondientes.

La Resolución WHA39.26, referente al uso indebido de estupefacientes y sustancias psicotrópicas, aborda también un asunto de creciente importancia para nuestra Región. Quisiera hacer mención especial de tres párrafos que son fundamentales. No los voy a leer, pero me refiero al tercero, cuarto y quinto de la parte expositiva, porque me parece que destacan la preocupación que existe en la Región con respecto a ese problema. Asimismo el párrafo 1 de la parte resolutive insta a los Estados Miembros a adoptar una serie de medidas para tratar el asunto en una forma integral. Pide también la resolución, en el párrafo 2 de la parte resolutive, que los Comités Regionales examinen la amplitud y la significación de este problema, lo que nos obligará, de acuerdo con la intención que ya teníamos, a incluir ese tema entre los programas de las próximas reuniones del Consejo Directivo.

La Resolución WHA39.27, Uso racional de medicamentos, se relaciona también con un asunto de extraordinaria importancia para las Américas. En ese sentido la Organización ya está trabajando en forma muy activa con los Países Miembros, dividiéndolos de cierta manera, en conjuntos de países, de acuerdo con su desarrollo científico-industrial y también de acuerdo con la manera en que sus relaciones se complementan en el plano subregional. El programa que estamos desarrollando como parte del Plan de Necesidades Prioritarias de Salud en Centroamérica y Panamá es un ejemplo de la prioridad que la Organización concede a este asunto. Les recuerdo también que este tema fue objeto de la penúltima de nuestras Discusiones Técnicas y que de allí surgieron documentos muy interesantes.

En cuanto a la Resolución WHA39.28, Alimentación del lactante y del niño pequeño, llamo la atención solo al hecho de que esta resolución constituye un complemento, una especie de vigilancia de la aplicación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna. En el último párrafo de la parte expositiva se hace referencia a algo que me parece de extraordinaria importancia, por lo menos para que cada uno de nosotros le dé consideración particular. El párrafo 2 de la parte resolutive insta a los Estados Miembros a tomar una serie de medidas que conducen al cumplimiento de los compromisos asumidos al

aprobar el Código de referencia. En el párrafo 3.2 de la misma parte, se pide al Director General que ponga en ejecución ciertas medidas de naturaleza particular y, por lo tanto, en la Región de las Américas también estamos obligados a hacerlo.

La Resolución WHA39.29 trata del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), otro problema de creciente importancia en las Américas. La Organización está participando activamente en proyectos colaborativos con los países, especialmente con los Estados Unidos de América. El cuadro que presenta los casos notificados no es nada animador. Hasta junio de 1986 se han notificado más de 24.000 casos, de los cuales más del 97% han sido registrados en solo cuatro países: Estados Unidos de América, Canadá, Brasil y Haití. La Organización pretende seguir desarrollando actividades de cooperación con los países en materia de investigación, vigilancia epidemiológica, educación y promoción de medidas de protección para los grupos de más alto riesgo. Estamos en proceso de firmar un acuerdo de cooperación con los Institutos Nacionales de Salud (EUA) para fortalecer algunas de esas actividades en los Países Miembros de América Latina y el Caribe.

La Resolución WHA39.30 se refiere al Programa Ampliado de Inmunización (PAI), asunto que también será tratado durante esta Conferencia, como un tema específico. Sin embargo, deseo recordarles el compromiso adicional que la OPS y los países de las Américas han contraído de erradicar la transmisión del virus salvaje de la poliomielitis en las Américas para 1990, como parte del esfuerzo colectivo por alcanzar las metas establecidas para el PAI en la Región. En relación con el Plan de Acción al respecto, debo decirles que hemos concluido las negociaciones con la Agencia para el Desarrollo Internacional, de los Estados Unidos de América, que dará apoyo financiero y técnico por valor de más de US\$20 millones. Además, ya se ha confirmado la contribución del Rotary International, que, de hecho, ya se ha manifestado en acuerdos de apoyo a muchos de los Países Miembros por un valor superior a US\$12 millones. El UNICEF ha ratificado su intención de continuar apoyando los esfuerzos del PAI como un todo y sobre la poliomielitis en particular, y en comunicación reciente nos informó que en los próximos cinco años proporcionará la cantidad de US\$18 millones aproximadamente para esos fines. Estamos en la etapa final de las negociaciones con el BID para concretar el apoyo de dicho Banco y completar así el acuerdo interagencial que nos permitirá empezar de hecho--a pesar de que ya hemos empezado con los recursos disponibles--la fase más importante de apoyo a los países en la ejecución del Plan de Acción. Esperamos que el próximo 8 de octubre el Directorio del Banco apruebe finalmente la participación del BID para el desarrollo del Plan de Acción.

Finalmente, señor Presidente, señores Ministros, señores Delegados, la Resolución WHA39.31 trata de la prevención y lucha contra los trastornos causados por la carencia de yodo. Me permito señalar que este es un asunto que interesa especialmente a ciertos países, no atañe a todos por igual, sino a algunos en particular, entre ellos, a los del

Area Andina, como Bolivia, Perú, y Ecuador, con los cuales estamos desarrollando un programa colaborativo juntamente con el UNICEF y con el apoyo del Gobierno de Italia. Muchas gracias, señor Presidente.

PRESIDENT: Thank you very much, Mr. Director. The floor is now open for any comments, questions, etc. I recognize the Delegate of Cuba.

Dr. MENCHACA (Cuba): Señor Presidente, señor Director. Habiendo escuchado el informe del señor Director, nosotros quisiéramos llamar la atención sobre una resolución que, a nuestro juicio, debe ser recogida en las actas por su importancia. Nos referimos concretamente a la Resolución WHA39.19, Contribución de la OMS al Año Internacional de la Paz. Como ustedes sabrán en la Resolución 40.3 sobre el Año Internacional de la Paz, la Asamblea General de las Naciones Unidas proclamó solemnemente el año 1986 como Año Internacional de la Paz y llamó a todos los pueblos a sumarse a las Naciones Unidas en su firme propósito de salvaguardar la paz y el futuro de la humanidad. En su Resolución 40.10 sobre el programa del Año Internacional de la Paz, la Asamblea General invitó a los órganos y organismos de las Naciones Unidas, entre las cuales se cuenta nuestra Organización, y a las organizaciones intergubernamentales a conmemorar el Año Internacional de la Paz en la forma más adecuada, destacando, entre otras cosas, la función de las Naciones Unidas en la promoción y el mantenimiento de la paz y la seguridad internacionales. También destacó la importancia de continuar la coordinación y la cooperación entre los programas de las Naciones Unidas y las actividades relacionadas con la promoción del Año.

Mi Delegación considera a la Región de las Américas como abandonada en esta situación, teniendo en cuenta precisamente que nuestra Organización ha apoyado calurosamente la iniciativa del Plan de Necesidades Prioritarias de Salud en Centroamérica y Panamá, cuyo lema es "La salud: puente para la paz". Por esta razón estimamos que es pertinente incluir esa resolución entre las que deben señalarse a la atención de nuestra Región. Muchas gracias, señor Presidente.

The PRESIDENT: Thank you. Are there any more comments on this item?

Dra. PAZ (Bolivia): Bolivia apoya la posición de la hermana República de Cuba. Además ya la compañera comandante Ministra de Salud de Nicaragua, en su exposición inicial, expuso su posición solicitándonos a todos que apoyemos la lucha por la paz.

The PRESIDENT: Thank you. I do not recognize anyone else and, therefore, if the Director wants to respond I shall let him do so.

Dr. GUERRA DE MACEDO (Director): Gracias, señor Presidente. Solo para agradecer al señor Delegado de Cuba que haya corregido un olvido involuntario de mi parte. Esta dimensión de la salud, que es la paz, está siempre tan presente en nuestras preocupaciones que a veces nos olvidamos incluso de la necesidad de mencionarlas. Gracias.

The PRESIDENT: Thank you very much. If there are no other comments we will move on to item 5.1, Orientation and Program Priorities for PAHO during the Quadrennium 1987-1990.

ITEM 5.1: ORIENTATION AND PROGRAM PRIORITIES FOR PAHO DURING THE QUADRENNIUM 1987-1990

TEMA 5.1: ORIENTACION Y PRIORIDADES PROGRAMATICAS PARA LA OPS EN EL CUADRIENIO 1987-1990

The PRESIDENT: I would ask the Representative of the Executive Committee to report on this item.

Dr. GAY (Chairman of the Executive Committee): The Executive Committee took up this item and Dr. Ramón Alvarez Gutiérrez, the Rapporteur of the Subcommittee on Planning and Programming, and Mr. Mark Schneider presented the document on this item. It is the product of an examination of the general policy and the criteria for studying technical cooperation priorities in PAHO during the 1987-1990 quadrennium. The most important point was the need to make over the infrastructure of the services so that the goals of health for all by the year 2000 could be attained. There was a most interesting general discussion, which highlighted the complexity of the task of extending health coverage to a new population of 310 million persons by the year 2000. There was emphasis on the need for attaining the goal of universal coverage, the need to state policies more clearly on the basis of collective decisions, to take cognizance of budgetary limitations, and to improve the analysis of the financial capacity of the Member Countries. There was consensus on the basic priorities and on the programming of PAHO's technical cooperation.

The document presented (Document CSP22/6 and Annex) was regarded as a succinct statement which, if and when approved by the Pan American Sanitary Conference, will provide a useful and easily managed frame of reference for all the countries of the Region. On this matter, the Committee approved Resolution V, in which it proposes to the XXII Pan American Sanitary Conference that, in exercise of its constitutional function as the Organization's highest Governing Body, it determine the general policies to be followed and adopt the document "Orientation and Program Priorities for PAHO during the Quadrennium 1987-1990." The Director and Member Countries are also asked to adopt that orientation and those priorities and to report on this to the Director-General of WHO.

Dr. GUERRA DE MACEDO (Director): Seré muy breve, porque los informes del Comité Ejecutivo ya han resaltado los aspectos fundamentales. Pero me gustaría hacer hincapié en los objetivos que nos han guiado al solicitar a los Cuerpos Directivos de la Organización que adopten decisiones como esta que se está pidiendo, respecto de la orientación y prioridades programáticas para un período que corresponde a una administración. La Constitución de la Organización ha sido muy sabia al

concederle a la Conferencia Sanitaria Panamericana, además de la responsabilidad de elegir al Director de la Organización, la de constituirse en el organismo de más alto nivel que define y orienta en toda su amplitud el trabajo de la Organización. Sin embargo, a través de los años, la única diferencia que ha venido observándose entre las reuniones de la Conferencia y las del Consejo Directivo había sido la elección del Director. Pues bien, nos pareció que sería conveniente pedir a la Conferencia que al mismo tiempo que elija al Director le confiera un mandato con amplitud necesaria para que pueda ajustarse a las diversas situaciones existentes en la Región y al proceso de cambio permanente que a lo largo del tiempo se verifica en cada uno de los países; que al mismo tiempo permita a la Organización, en épocas de dificultades y restricciones en la disponibilidad de recursos, concentrar esfuerzos en los aspectos de mayor prioridad y de mayor potencial para el proceso de transformación que debemos implantar.

El documento presentado consolida, en realidad, las diversas resoluciones aprobadas anteriormente por la Conferencia, el Consejo Directivo, el Comité Ejecutivo, o la Asamblea Mundial de la Salud. Prácticamente, no hemos creado nada nuevo; además, sería muy difícil hacerlo, dada la cantidad de decisiones que los Cuerpos Directivos han tomado a lo largo de su existencia. El trabajo inicial fue hecho por el Subcomité de Planificación; después el asunto pasó al Comité Ejecutivo y se consultó ampliamente con los países para consolidar de manera coherente--por lo menos pensamos que el Comité Ejecutivo también lo juzgó coherente--las decisiones fundamentales, de modo que realmente sean de orientación para las actividades de la Organización y de la Secretaría. Hago énfasis también en esta distinción. No se trata de un documento de orientaciones y prioridades exclusivamente para la Oficina, sino de un documento de orientaciones y prioridades para la Organización como un todo y, por supuesto, también para la Oficina. Este es un documento básico que se complementa con otros dos documentos que los Cuerpos Directivos analizaron en reuniones anteriores: el documento de estrategias gerenciales para el mejor uso posible de los recursos de la Organización, y el documento de política regional de presupuesto. La Conferencia puede aprobar el presente documento de orientación y prioridades para el cuatrienio, analizándolo juntamente con esos otros dos documentos mencionados.

Y es en el contexto del diagnóstico de salud que se ha estado examinando durante los dos primeros días de la Conferencia, es decir, de las condiciones de salud en las Américas, que la Oficina interpretará el panorama definido por este documento. Pero procurará hacerlo en estrecha cooperación con los países para que los efectos de esta decisión no se reflejen exclusivamente en las acciones de la Secretaría sino que realmente se reflejen en las acciones de cada Gobierno, de cada país y, por ende, de toda la Organización.

En cuanto a la elaboración del presupuesto operativo para 1987, el documento está siendo considerado por cada una de nuestras unidades

operativas y el presupuesto de 1988-1989 se formulará teniendo en cuenta el contenido de este documento, si la Conferencia resuelve por fin aprobarlo, como yo espero, deseo y les pido. Gracias, señor Presidente.

Mr. PREFONTAINE (Canada): The Canadian Delegation has studied with interest Document CSP22/6 and the draft resolution accompanying it on the orientation and program priorities for PAHO during the period 1987-1990. The Canadian Delegation believes that the content of this 14-page document is very important to the life of PAHO and that it brings forward needed information to help the XXII Conference chart the course which our Organization should follow over the next four years. Setting priorities, as we all know, is probably the single most difficult and most important task which Governing Bodies such as this one can be asked to perform. Precisely because the task is difficult, important and politically sensitive, the members of this Governing Body must give our newly re-elected Director, Dr. Macedo, and the staff of our Organization, a mandate which is crisp, clear and easily interpreted by health managers at all levels. The Canadian Delegation therefore suggests that this Governing Body extract from Document CSP22/6 the three or four essential challenges on which PAHO might focus its resources and energies over the next four years and adopt a resolution which fits these challenges very simply, appending Document CSP22/6 to the resolution as the background document which nurtured the discussion of PAHO program priorities during this XXII Conference and on which the Governing Bodies should build continuity.

To this end, the Canadian Delegation has very slightly amended the draft resolution which was drafted by the Executive Committee in June, and we would now table these amendments for consideration by the XXII Conference. In the judgement of the Canadian Delegation, adoption by this Governing Body of a resolution along the lines of the one which we are suggesting would do several important things: first, it would assert the leadership of the PAHO Governing Body at a point in time which is crucial to the development of this Hemisphere's basic health services and systems. Secondly, it would provide the framework for accountability to this body by Member States and by the Pan American Sanitary Bureau. And thirdly, it would allow the XXIII Pan American Sanitary Conference in 1990 to measure with some precision the impact of health activities conducted in concert by Member States and PAHO in a climate of cooperation and solidarity.

Dr. QUIJANO (México): La Delegación de México estudió también con atención el documento en consideración y, como dijo el Presidente del Comité Ejecutivo, fue un mexicano el que actuó como Relator en el Subcomité de Planificación. De manera que conocemos bien el documento en todas sus partes: prioridades programáticas, características de la cooperación técnica, su formulación, su conducción, su evolución y, finalmente, las repercusiones de estas prioridades programáticas.

La Delegación de México está convencida de que los programas para lograr la salud para todos en el año 2000 constituyen una compleja empresa que requiere transformaciones sociales y económicas extensas y una profunda revisión, precisamente, de las administraciones, o sea de la orientación de los servicios. En segundo lugar, de que estos programas se han vistos afectados por factores coyunturales, como son la grave crisis económica pero, sobre todo, aquello en lo que el Dr. Macedo ha insistido tanto, la insuficiente respuesta institucional debido a las actitudes inapropiadas en el uso de la tecnología por muchos de nuestros países, y que conduce al desperdicio de los escasos recursos.

La posición que el Gobierno de México ha adoptado en lo que se refiere a la solución de los problemas relacionados con los programas de salud coincide ampliamente con los conceptos de la Organización. En efecto, como mencionara ayer el Dr. Soberón, desde 1982 se ha seguido una línea recta bien trazada desde un principio, para ir instituyendo paulatinamente medidas que redunden en ese fin: la modificación de las leyes, las estrategias de sectorización, descentralización, modernización administrativa, coordinación intersectorial y participación comunitaria y, finalmente, el programa nacional de salud constituido por 13 subprogramas y cuatro subprogramas de apoyo.

Las directrices que guían nuestro programa nacional de salud definen las áreas de prioridad y de concentración de esfuerzos de manera similar a las que se proponen ahora en este programa cuatrienal de la Organización. Por lo tanto, la Delegación de México apoya el proyecto de resolución propuesto y se solidariza con las prioridades programáticas de la Organización. Muchas gracias, señor Presidente.

Dr. SEALY (Trinidad and Tobago): I would like to thank the Director for the opportunity of participating in the discussions of the Subcommittee on Planning and Programming. The Government of Trinidad and Tobago sees the setting of orientation and program priorities for the Pan American Health Organization during the next quadriennium as vital not only to guide the Secretariat in its activities but to assist the national mechanisms that monitor and coordinate PAHO activities in the Member Countries. Given the severe economic climate affecting nearly all Member Countries, it is important that the technical cooperation activities be appropriately applied and continuously evaluated to ensure that our efforts are both effective and efficient. We congratulate the Director for bringing this document before the Conference at this time; it is most appropriate. We endorse the document but would like to make just one or two comments.

It is to be noted that what we have before us are guidelines, guidelines that surely direct us in our activities. We urge the Secretariat, however, to develop criteria for the application of these guidelines in order to ensure uniform impartial decision-making and facilitate the evaluation process, which is included in the guidelines.



Trinidad and Tobago strongly supports the role recognized for health services research in the efforts to evaluate and develop efficient health systems. Finally, the process of evaluation is one that Trinidad and Tobago closely associates itself with. Two aspects of the process outlined we find particularly applicable to the present situation: first, it calls for a joint undertaking, that envisaged between PAHO and its Member Countries; and, secondly, it provides a built-in flexibility in the time intervals between the detailed evaluations, depending on national conditions. We feel that this is important if the activities in the countries are not to be viewed as PAHO activities, separate and apart from the normal national health development activities. Through this process countries will continue to get a chance to evaluate, with PAHO, their own activities. The built-in flexibility in the timing will enhance this aspect to ensure full participation with the proper preparation by the authorities in the Member Countries responsible for monitoring technical cooperation activities.

Trinidad and Tobago fully supports the program priorities outlined in Document CSP22/6 and will collaborate with the Secretariat in its efforts to budget for and apply the priorities.

Ms. KEFAUVER (United States of America): The Delegation of the United States would like to thank the Secretariat for a much-improved document compared with the previous versions we have seen. We know that the Secretariat has worked hard to reflect the views expressed in the Subcommittee on Planning and Programming and the Executive Committee, and we appreciate that.

Early in the Document (CSP22/6, Annex), on page 2, a very important point is made that we believe is worth emphasizing: it states that "PAHO's technical cooperation must be redirected...to concentrate efficiently and effectively in priority areas which will have a significant impact on health development as part of the overall national development." We believe this sets the tone for the priority areas proposed in the rest of the paper. And we fully agree with this approach. It appears to us that the three areas for priority focus listed at the bottom of page 5 are reasonable. They permit the ordering of priorities while at the same time they are broad enough to allow latitude within those areas. We would like to note the importance of the first paragraph on page 6, which addresses the need for specific medium-term benchmarks. It would be useful if we could have a little more information about how these benchmarks will be set and by whom, and perhaps the process by which it will take place. It is clear that they will play a very important role in measuring and determining progress. Also very important is the point made in the last paragraph on page 6 that the epidemiologic bases of planning of health programs must be applied more effectively. Similarly, we would stress the point on page 7 that programs must be formulated and executed through the services infrastructure in order to give them a more secure base for their execution.

My Delegation believes that the sections on formulation, management and evaluation (pp. 9-13) express key components in the decision-making and program development process. We would like to call attention, however, to a point made in the formulation section that indicates that the Organization should promote programs that include social, economic and educational elements. There is no doubt that the interaction of these various disciplines maximizes improvements in health. However, we would caution the Organization about the possibility of getting spread too thin and trying to deal too broadly with all sectors which have impact on health. This can weaken PAHO's effort on the health targets themselves.

We commend the Secretariat for the paragraph at the top of page 10 regarding limitations on the mandate of PAHO. Part of it is worth repeating: "...neither the Pan American Sanitary Bureau nor national health authorities expect the Organization to carry out activities of limited national interest, or partially to assume a national responsibility." It goes on to say: "Nevertheless, this is still common in requests presented by the countries and diverts resources and the attention of the Organization away from the activities agreed upon by the countries themselves at the level of the Governing Bodies." This is such an important point that it merits special mention at virtually every discussion of PAHO programming priorities.

Finally, we would like to comment on one paragraph on page 13 under the section on implications of programming priorities. This paragraph calls for a very active role by the Governing Bodies over the next four years in providing unified support for the reorientation of technical cooperation and maintaining close watch over fulfillment of the policies they have formulated. We quite agree with this point; we believe that its intent extends far beyond the Governing Bodies' role in adopting resolutions. We would like to ask the Director if he would describe for us how he sees the Governing Bodies fulfilling this role, particularly as it relates to "maintaining close watch over fulfillment of the policies they have formulated."

In short, we are very much impressed with the four-year policy paper that has been presented to this Conference, and we look forward to watching the Secretariat and Member Governments, including ourselves, adhere to it over the next four years. Thank you Mr. Chairman.

The PRESIDENT: The Delegate of Paraguay.

Dr. ALDERETE (Paraguay): Muchas gracias, señor Presidente. La Delegación del Paraguay ha estudiado exhaustivamente el documento "Orientación y prioridades programáticas para la OPS en el cuatrienio 1987-1990", y ha resuelto apoyar el proyecto de resolución, en vista de la urgente necesidad de formular políticas que orienten la acción de la OPS en el próximo período hacia la atención de los problemas prioritarios para el logro de la salud para todos, teniendo en cuenta las dificultades

económicas de la Región y de la Organización, así como también la necesidad de aprovechar al máximo los recursos disponibles. Nuestro país tiene bien definida la situación de salud y del sistema de servicios de salud, ha formulado un plan de acción para el logro de salud para todos, ha establecido las prioridades programáticas y estratégicas, y espera formular y ejecutar, junto con la OPS, el programa de cooperación técnica en apoyo de las prioridades nacionales y dentro del marco de las políticas regionales definidas colectivamente. Muchas gracias.

Comandante ARGUELLO (Nicaragua): Yo solo quería hacer un comentario breve. Nos parece que este documento de orientaciones programáticas hasta 1990 puede orientar de forma acertada la acción de la Organización en este período. Pero hay que verlo como un documento de orientación, ya que indudablemente no puede ser aceptado como un dogma. Indiscutiblemente estará sujeto a una evaluación anual que el propio Consejo Directivo de la OPS realizará para analizar su ejecución. Decía que nos parece bien porque el documento trata de adecuar las políticas de trabajo de la Organización a la realidad que en particular ni los países de América Latina y el Caribe están teniendo. Y nos parece adecuado porque el énfasis se ha puesto en apoyar a los países en relación con los problemas administrativos, técnicos, organizativos y financieros que tienen que ver con las limitaciones que ha inducido a los sectores de salud de cada país la crisis económica que América Latina enfrenta. En ese sentido, sí creemos nosotros que es importante que se aborden dentro de los trabajos de la Organización los aspectos económicos, educativos y sociales que tengan que ver y que estén afectando a los programas de salud o al trabajo de salud que se realiza por las diferentes instituciones de nuestro países. Por otro lado, creemos que estas orientaciones programáticas y prioridades se han constituido en la base de lo que después deberemos discutir como el presupuesto de la Organización para el próximo período, o sea para el bienio que abarca hasta 1989, en el entendido que estas orientaciones son la base del presupuesto y de los programas que en el futuro deberá desarrollar la Organización.

Finalmente, queríamos felicitar al Director de la Oficina y al personal que trabajó en el documento, como el grupo de programación, pues nos parece que se trata de un buen documento tanto para la Organización como para los propios países en términos de cómo formular nuestras propias demandas de cooperación.

Dr. MENCHACA (Cuba): Muchas gracias, señor Presidente. Mi Delegación desea en primer término felicitar al Subcomité de Planificación y Programación por el meritorio esfuerzo de presentarnos este documento que, además, es probatorio del interés de la Organización de dar pasos seguros hacia la salud para todos en el año 2000 y que como bien expresara el señor Director, recopila las disposiciones expresadas por los Cuerpos Directivos de la OPS y de la OMS.

En oportunidades anteriores hemos planteado que la meta social de salud para todos requería de enormes esfuerzos nacionales e internacionales de todos los sectores que se interrelacionan con el sector de la

salud, ya que no es posible alcanzar esa meta si nuestro sector se mantiene al margen del contexto económico social.

El Documento CSP22/6, en su capítulo 2, expresa claramente cuál será la situación de nuestra Región para el cuatrienio 1987-1990, de lo cual se infiere la tremendamente difícil realidad que los países tendrán que enfrentar para ofrecer, al menos en algún grado, acceso a los servicios de salud. Y en ello no somos optimistas por cuanto aún no hemos sido testigos de suficientes muestras concretas del necesario interés que requiere la solución de esta trágica realidad y que todos los países debemos asumir individual y colectivamente. Los factores que agravan esta situación están dados por las necesidades cada vez más crecientes de una población que superará en muchas decenas de millones a la que en la actualidad carece de acceso a los servicios de salud. Por otra parte, está la imposición de un grupo de medidas restrictivas en contra de los países en desarrollo, que además de bloquear prácticamente la posibilidad de establecer una política de desarrollo, genera tales problemas económicos y sociales que la población tendrá mayor necesidad de unos servicios de salud que paradójicamente tendrán la capacidad de respuesta cada vez menor. Para romper este ciclo vicioso en que el sector de la salud ha tenido que dar paso al sector llamado productivo, sencillamente por la necesidad de subsistir, no solo debemos reclamar de los gobiernos políticas para garantizar un uso óptimo de sus escasos recursos--asunto en que todos coincidimos es de vital importancia--sino con igual énfasis exigir el cese de políticas impuestas por quienes han resultado favorecidos de esta crisis económica; de esta manera los países y los gobiernos estarían en posibilidad de replantearse la cuestión del desarrollo. Es necesario, imprescindible, reparar esa injusticia histórica y atender con celo el imperativo moral con la especie humana que ella representa, para lo cual hay injusticias, desigualdades, incoherencias y egoísmos que deben cesar.

Las prioridades programáticas que se proponen agrupan sin duda los principales campos en los cuales habrá que trabajar. Esto merece nuestra mayor atención y reflexión, por cuanto no existe otra alternativa que enfrentar los problemas que se nos presentan y para lo cual consideramos correcta la posición que la Organización deberá asumir al mancomunar los esfuerzos en las direcciones planteadas. Creemos también, por lo tanto, que el documento debe ser acogido por los países con el compromiso que conlleva y con una clara voluntad política; especialmente debe convertirse en motivo de compromisos morales que promuevan la comprensión y la cooperación internacional.

La crítica situación actual y su previsión futura indica que este momento ofrece también una singular oportunidad para cooperar entre todos. Me atrevería a aseverar que si no se convierte en mantenido estímulo el trabajar en estas orientaciones y si no se logran las imprescindibles decisiones en los planos nacional e internacional, la formulación de estas prioridades no pasará de ser un esperanzado sueño. Muchas gracias, señor Presidente.

The PRESIDENT: Are there any more comments to be made? If there are none, constitutionally, I believe that we should normally deal with the amendments to be submitted by the Delegate of Canada, but unfortunately we have not had a chance to issue them yet. With your approval, what we should possibly do is to defer this matter until tomorrow morning. This would give a members ample time to study the amendments and I believe also to comment, if necessary, on whether they will accept the amendments.

Mr. PREFONTAINE (Canada): I have given the Secretary a copy of the amendments for printing; when will they be distributed?

The SECRETARY: I am told that they will be distributed probably within the next half hour. We can then schedule the consideration of these Canadian amendments and the resolution itself when we take up the other resolutions, possibly first thing in the morning or, if we have time, later on this afternoon, if that is acceptable.

Dr. GUERRA DE MACEDO (Director): Sr. Presidente, solo deseo añadir algunos comentarios, pues creo que los señores Delegados se sentirían frustrados si yo no reacciono ante algunas de sus observaciones. En primer lugar, les agradezco la forma tan responsable y tan seria en que ustedes analizaron el documento y el apoyo que han expresado al mismo. Cualquier medida dirigida a mejorar su aplicación--y esta es la intención, tengo entendido, de la enmienda al proyecto de resolución sugeridas por la Delegación de Canadá--es muy bienvenida. Lamentablemente, en este momento no la tengo delante para poder dar mi opinión sobre ella.

Quisiera hacer una observación sobre el comentario de la señora Delegada de Trinidad y Tabago. Sin duda alguna, ya hay que empezar el trabajo; hay que desarrollar criterios para crear los mecanismos e instrumentos que permitan poner a funcionar las orientaciones y los lineamientos que apruebe, según espero, la Conferencia. De hecho, la Secretaría ya ha empezado este trabajo y esperamos perfeccionar cada vez más esos instrumentos a medida que pase el tiempo. No es una tarea que se pueda realizar de una vez, sino que se trata de un proceso continuo de evolución y perfeccionamiento permanentes.

Una observación que me parece importantísima, y no solo en relación con el documento, es que el proceso de evaluación es una responsabilidad conjunta de los Países Miembros y la Secretaría. En la aplicación de esta y de otras decisiones, los Cuerpos Directivos, con la flexibilidad y especificidad que merecen las situaciones particulares de cada país, no pueden negar o disminuir la importancia de esa responsabilidad conjunta. Este año la Organización ha intentado, además del diálogo permanente que mantiene a través de sus representaciones--por lo menos esperamos que así sea--realizar ejercicios concentrados de evaluación conjunta de las actividades de cooperación. No los llamamos auditorías, como decía el Dr. Mahler, porque no queremos que la connotación, un tanto de fiscalización, que tiene la palabra auditoría

pueda interferir con el esfuerzo franco, honesto y abierto de estos ejercicios conjuntos de evaluación periódica que pretendemos se establezca y se desarrolle en la Organización y en sus Países Miembros.

Con respecto a las observaciones de la señora Delegada de los Estados Unidos de América, quisiera hacer, en primer lugar, un comentario sobre el "riesgo" de la consideración de los aspectos globales. Comprendo que es verdad que nosotros a veces tenemos tendencia a no balancear adecuadamente los temas y a preocuparnos exageradamente por problemas generales de carácter económico y social que estarían fuera de los objetivos y mandatos específicos de la Organización. Pero es un riesgo mayor el no tener conciencia de la importancia de esos factores en el desarrollo de las actividades de salud. Al examinar el tema referente a las resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud, se pudo comprobar que ese tipo de preocupación está en el pensamiento de la Organización Mundial de la Salud, pues nada menos que tres resoluciones se refieren a la necesidad de enfocar la salud en la dimensión mayor del contexto del proceso de desarrollo. Ustedes recordarán el problema de la dimensión intersectorial, el problema de las repercusiones de la crisis económica sobre el problema de la salud y de las estrategias de salud para todos. De cierta manera, yo creo que nosotros tenemos que preocuparnos por esto, pero teniendo el cuidado de no olvidar que nuestra preocupación se basa en la consideración de la salud y que es a partir de la salud que tenemos que considerar los factores económicos y sociales y no al revés. Con respecto a su pregunta específica de cómo la Secretaría y los Cuerpos Directivos podrían cumplir con esta responsabilidad que se identifica en el capítulo 5 del documento sobre repercusiones de las prioridades programáticas, yo no tengo una respuesta completa en este momento. Creo, incluso, que la respuesta completa tiene que ser un trabajo conjunto con los propios Cuerpos Directivos, pero creo también que los Cuerpos Directivos y el Subcomité de Planificación tienen que hacer frente, cada vez con mayor determinación y más coraje, al problema de evaluar efectivamente lo que está haciendo la Organización. Yo sé que es una situación difícil dado que, según decía un funcionario de nuestra Organización: evaluar va contra la naturaleza humana. En general, todos nosotros nos resistimos a ser evaluados; la resistencia a ser evaluados es aún mayor cuando la evaluación es de carácter externo. Entonces ponemos sobre la mesa los principios de la soberanía y la autonomía nacional que son verdaderos pero que, en el fondo, realmente están sirviendo, en ese caso, para esconder nuestra resistencia a ser evaluados. Pero creo que estamos progresando en ese aspecto.

A riesgo de ser indiscreto, quiero contarles que hoy nos reunimos a las 7:30 de la mañana con los Ministros de Salud de Centroamérica y Panamá para discutir las tareas que tenemos que cumplir en relación con el Plan de Necesidades Prioritarias para la subregión y abordamos el problema de la evaluación. En la última reunión de RESSCAP se habían establecido las responsabilidades específicas de cada país en la evaluación de las diversas áreas del Plan y de ahí surgió la discusión de que los países no pueden evaluarse unos a otros y que lo único que puede

hacerse es intercambiar documentos y hacer resúmenes de los mismos. Pero todos los Ministros se declararon unánimemente contra esa actitud e insistieron en que no hay ninguna razón para que nosotros no hagamos frente al problema de la evaluación en un ambiente colectivo; queremos que así sea; sentimos la necesidad de que así sea, de que se nos diga lo que está mal porque nos da la oportunidad de corregirlo.

Este es un paso extraordinario, no decir solamente lo que es bueno, sino buscar las imperfecciones para determinar de qué manera podemos mejorar lo que hacemos. Es otro nivel de conciencia que creo podemos lograr mucho más rápidamente en el sector salud que en otros sectores de la actividad humana en nuestras sociedades. Opino que el futuro va a llevarnos a todos a esa condición que los países de Centroamérica ya están experimentando en el ámbito específico subregional. Creo que, a nivel de la Región, los Cuerpos Directivos asumirán cada vez más la función de ayudar a evaluar objetivamente lo que hacemos todos en conjunto e individualmente. Esa es la tendencia general. ¿Cómo podremos lograrlo? Creo que tenemos que crear el camino, tal como lo expresara el poeta español: "Caminante, no hay camino, se hace camino al andar". Y eso es lo que yo espero; que juntos, lado a lado, franca y honestamente, trabajando con confianza, con el objetivo común de servir a las poblaciones, podamos hacer ese camino para progresar más rápidamente en la realización de ese objetivo.

Agradezco las observaciones del señor Delegado del Paraguay y las de la señora Ministra de Nicaragua, así como los comentarios del señor Delegado de Cuba. Estoy convencido de la enorme importancia que entraña el compromiso de cada uno de nosotros en este empeño. Creo que las posibilidades de avanzar en materia de salud están condicionadas por lo que pasa en cuanto a las demás actividades de nuestras sociedades, de nuestros países, de nuestros gobiernos, y en las relaciones entre los gobiernos. Pero creo que desde la perspectiva de la salud hay muchas cosas que podemos hacer. No estoy con eso siendo irrealista. Estoy creyendo que los sueños son necesarios y que pueden hacerse realidad si ponemos en ello la voluntad, la dedicación y el esfuerzo, todo el esfuerzo que podamos poner. Yo soy optimista y permanezco optimista, y creo que desde la perspectiva de la salud podemos dar un gran ejemplo para que esos otros grandes problemas también sean erradicados algún día de la faz de la tierra. Gracias, señor Presidente.

Dr. SCHUSTER (Chile): La Delegación de mi país comparte la orientación y las prioridades programáticas que la OPS ha resumido en este documento para el cuatrienio 1987-1990, y tiene solamente una observación sobre un punto que se trata en la página 6, y que se refiere a la clasificación de las tres grandes categorías de prioridades. Quisiera llamar la atención sobre el punto 1, que se refiere al desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud con énfasis en la atención primaria, en el sentido de que se entienda que este énfasis debe llevar necesariamente involucrado un desarrollo armónico de los niveles secundario y terciario de salud, para no generar una necesidad que si solo ponemos el énfasis en atención primaria va a dejar sin resolver un 30% de los problemas detectados en salud a este nivel.

En la medida en que estemos conscientes que este desarrollo armónico involucra al nivel primario, secundario y terciario y que en estos niveles la solución de los problemas debe buscar la tecnología al menor costo y la mayor eficacia, realmente estaremos tratando de resolver en forma armónica los problemas de salud que una comunidad demanda a cada país. Muchas gracias, señor Presidente.

ITEM 6.2: FINANCIAL REPORT OF THE DIRECTOR AND REPORT OF THE EXTERNAL AUDITOR FOR THE BIENNIUM 1984-1985

TEMA 6.2: INFORME FINANCIERO DEL DIRECTOR E INFORME DEL AUDITOR EXTERNO CORRESPONDIENTES AL PERIODO 1984-1985

The PRESIDENT: I would ask the Representative of the Executive Committee to report on this subject.

Dr. GAY (Chairman of the Executive Committee): Mr. McMoil of the Secretariat made a detailed presentation of this item to the Executive Committee, explaining that Official Document 205, in addition to presenting the Director's Report and the Report of the External Auditor for 1984-1985, contains financial statements for the Caribbean Epidemiology Center (CAREC), the Caribbean Food and Nutrition Institute (CFNI), and the Institute of Nutrition of Central America and Panama (INCAP), and the financial statements and financial report of the Pan American Health and Education Foundation (PAHEF), plus a special addendum on the extent to which program support costs have been applied to the extrabudgetary-funded projects initiated in 1985. Mr. Erwin of the Office of the External Auditor presented the External Auditor's report, in which the two main topics were control of manpower and computer systems. Personnel procedures at Headquarters were found to be satisfactory, and on the matter of vacant posts, the Auditor had concluded that there was a case for introducing independent inspection to determine that budgeted posts were adequate but not excessive.

There was an extensive discussion on the subject, and Representatives and Observers asked many questions and were given explanations as to how recommendations of the External Auditor are taken into account. The difficulty of collecting contributions to the Pan American Centers, the computerized financial management systems, and the apparent decline in the income derived by the Institute of Nutrition of Central America and Panama from Incaparina commissions during 1985 were all discussed.

The Executive Committee approved Resolution IV conveying the concerns voiced by the External Auditor and those prompted by the slow pace of payment of quota contributions, the slowness in solving the problems of PAHO's computer system and the need for careful attention to the number of vacant professional posts; and recognizing that in spite of all these, the Organization remains in an acceptable financial condition. It further resolved to transmit the financial reports to the XXII Pan American Sanitary Conference and to request the Director to monitor



carefully the financial situation of the Centers and to continue to encourage Member Countries to meet their quota commitments on time. Finally, the Director is congratulated on his efforts to maintain a satisfactory financial condition, and the External Auditor is thanked for his report.

The PRESIDENT: If there are no comments, I shall ask the Rapporteur to prepare a proposed resolution for distribution later in the plenary session.

Dr. MENCHACA (Cuba): Muchas gracias, señor Presidente. En realidad usted nos está estimulando a participar y vamos a hacer un comentario muy breve. Nosotros apoyamos un proyecto de resolución y creemos que es el momento oportuno para expresar nuestra preocupación por la situación financiera que afecta particularmente al sistema de las Naciones Unidas y del cual la OMS y la OPS, como Oficina Regional para las Américas, no están exentas. Yo creo que la situación financiera y la crisis que está afectando a nuestra Organización es un asunto que debe ser meditado profundamente por todas las Delegaciones, todos los Gobiernos y todos los Países Miembros. Muchas gracias, señor Presidente.

Dr. BAUGH (Jamaica): I have one question only--just a point of clarification concerning the items set out on page 26, relating to the "Revolving Fund for the Expanded Program on Immunization." I see that as of 31 December 1985 there was a balance of \$4.7 million. There is a question raised here as to whether this represents underutilization of the Fund, whether there is a decreased demand, or whether there are any bureaucratic problems in the expenditure of the Revolving Fund on Immunization.

Mr. McMOIL (PASB): If you would refer to the statement on Schedule 5, page 43, it provides a more detailed schedule of the expenditures under the Revolving Fund for the Expanded Program on Immunization, the reimbursement and the balances outstanding as of December. This is a revolving fund that has its value in the rapid turnover of funds for the purchase of vaccines, the reimbursement of purchases by the Member Governments and the turnover of those funds into new vaccine procurements and again a reimbursement process. So, you will note that the expenditures under this Fund in 1984-1985 totaled some \$8,075,000; reimbursements totaled \$7,836,000, and there was a balance due out of the total Fund. The Revolving Fund itself is capitalized at some \$4.8 million and it does turn over approximately once to twice a biennium. We would hope that, depending on the reimbursement capabilities of the Governments, we might be able to turn this one over at least four times during our biennial budget period.

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.

- ITEM 5.2: PROVISIONAL DRAFT OF THE PROGRAM BUDGET PROPOSAL OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION FOR THE REGION OF THE AMERICAS FOR THE BIENNIUM 1988-1989
- TEMA 5.2: ANTEPROYECTO DE PRESUPUESTO POR PROGRAMAS DE LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD PARA LA REGION DE LAS AMERICAS PARA EL BIENIO 1988-1989

The PRESIDENT: Delegates, we are ready to resume this session. The agenda item is 5.2, Provisional Draft of the Program Budget Proposal of WHO for the Region of the Americas for the Biennium 1988-1989. I want to call the attention of the Conference to Document CSP22/20, and ask the Chairman of the Executive Committee to present his report.

Dr. GAY (Chairman of the Executive Committee): Mr. President, fellow Delegates, Document CE97/25, Rev. 1, was presented to the Committee by Dr. Ramón Alvarez Gutiérrez, Rapporteur of the Subcommittee on Planning and Programming, and Mr. James Milam for the Pan American Health Organization. Your Executive Committee was informed that it was called upon to review the provisional draft program budget proposal of WHO for the biennium 1988-1989, and to make recommendations regarding it to the XXII Conference which, acting as the WHO Regional Committee, would then make recommendations to the Director-General of WHO. The Director-General would in turn present his own proposals to the Executive Board of WHO for review in January 1987, and a final decision on the biennial program budget would be made by the World Health Assembly.

During the discussions many questions and details were asked and answered by the Secretariat. Questions were raised about the possibility of planning figures proving unrealistic, and there was even talk of the advisability of raising the unexpected growth rate so far ahead as a precautionary measure. The Director explained that the estimates were realistic and honest. He also acknowledged the difficulties being encountered in arriving at planning estimates because, while the previous budget had been constructed at a time of crisis for Governments, the present budget was being prepared at a time of crisis for the Organization itself.

Indeed, there were reasons to fear the effects of legislation enacted by the Congress of the United States of America. The effect of the Kassebaum Amendment was to reduce the contributions of the United States to the United Nations System from 25 to 20%. The Gramm-Rudman law would also apparently have a significant impact on the contribution of the United States to WHO and PAHO. Because of these two pieces of legislation, WHO could see its income reduced by some \$50 million. Another source of concern is the fact that the fall in oil prices is creating additional financial difficulties for major contributors to the Organization. All this has obliged WHO to make cuts in the budget for 1986-1987 and to envisage even greater cuts in 1988-1989. It has been noted that contingency plans for those reductions would have to be drawn up, even as a regular program budget was being prepared.

Finally, your Executive Committee approved Resolution VII recommending to the XXII Pan American Sanitary Conference the adoption of a resolution requesting the Director to transmit to the Director-General of WHO the request for \$62,970,000 for the Region of the Americas for the biennium 1988-1989, for consideration by the Executive Board and the World Health Assembly. Thank you, Mr. President.

The PRESIDENT: Thank you very much. I now invite Mr. Milam, Chief of Budget, to report on the subject.

Mr. MILAM (PASB): Thank you, Mr. President. Yesterday, Dr. Macedo made us cry. At least he made me cry. I've been here 21 years, and I've never learned to be macho. So for the record, my name is Milam, I am the Budget Officer, and while I would like to make you laugh, that is hard to do when we are proposing that you discuss \$63 million. It is interesting to note that on the previous agenda item, with expenditures amounting to some \$231 million, we spent about five minutes, so maybe we could spend only about one minute on this subject.

As the President noted, the agenda item is 5.2 and the document is CSP22/20, dated 14 July. You have heard the report on the subject from the Chairman of the Executive Committee, and the resolution approved by the June 1986 Executive Committee has been reproduced in the document before you. As noted, the Executive Committee has recommended that the Conference--you are now acting as the WHO Regional Committee--request our Director to transmit to the Director-General of WHO the request for \$62,970,900 for this Region for 1988-1989 for consideration by the WHO Executive Board in January 1987 and the World Health Assembly in May 1987. As mentioned in the second paragraph of the document, some extremely minor adjustments have been made to the tables which were originally submitted to the June Executive Committee meeting. However, these changes are so minor that the overall totals do not change, either in dollar amounts or in percentages. I will be happy to provide the small details if you would like them. Annex II of the document before you contains the revised tables; it is the last part of the document.

As I have mentioned here many times in the past, it is not logical to review only one piece of our Region's program budget, namely, the WHO regular part. Therefore, in the document before you, the PAHO regular portion is also projected and the two regular funds, for PAHO and for WHO, are combined. It should be noted, however, that no formal action is required at this time on the PAHO regular part of these projections. The Executive Committee meeting in June 1987 will review and make recommendations concerning the PAHO regular part, which will at that time be shown separately as well as combined with the WHO regular part. The recommendations of the June 1987 Executive Committee meeting will be taken into consideration by the Secretariat, and the September 1987 Directing Council will make a decision on the 1988-1989 PAHO regular program budget.

Many of you are familiar with the terminology used by PAHO and WHO to describe budget increases. For those of you who are not familiar with the terminology used in Annex II, a program increase relates to new programs that have been added to the 1988-1989 budget over the 1986-1987 budget, without being offset by program decreases elsewhere. A cost increase or cost increases are those mandatory items over which the organizations have little control, such as inflation, the United Nations post adjustments at our various duty stations, increases in air fares, per diem rates, etc. Table I of Annex II shows the PAHO regular tentative projection combined with WHO regular. The overall program increase is zero and the cost increase is 9.4%. However, the program increase for country programs is 5%, and with the cost increase of 7.6% results in a 12.6% increase for country programs, or 35.8% of the total program budget. Direct cooperation with countries amounts to 44.3% of the total budget.

Specifically, the WHO regular funds of approximately \$62,900,000 being proposed are shown in Table III of Annex II. The overall program increase again is zero and the cost increase is 8.8%. The program increase in country programs is 6.5%, the only location which has any program growth. The program increase in country programs was achieved by reductions in regional programs, centers, and technical and administrative direction, which was reduced from 11.8 to 11.5% of the total WHO proposal. The program decrease was 3.7%. Nevertheless, it should be noted that the \$62 million proposal is \$3.2 million less than the original planning ceiling of \$66 million given to this Region by the Director-General.

The original planning ceiling allowed a maximum cost increase of 13.5%. In projecting our cost into 1988 and 1989, we certainly do not foresee a cost increase factor of 13.5%, and have therefore proposed the 8.8% increase in the document before you. Tables IV, V and VI show the extremely tentative distribution of the 1988-1989 projections in our program classification structure. Obviously, these programs will be revised as a result of the decisions taken related to program priorities. Please be assured that these program priorities will be reflected in our program budget document next year.

I would like to point out again that the formal proposal concerning the PAHO regular portion of the 1988-1989 program budget will not be presented until next year during the June 1987 Executive Committee meeting. At that time the new program and budget document, which is the one we call OD-210, combining both the PAHO/WHO regular funds, will contain the latest input from the countries and will reflect decisions by this Conference concerning program priorities.

I have intentionally made this presentation rather short, since the Executive Committee has already reviewed the proposal and the recommended resolution is contained in the document. I will attempt to answer any questions that you still have in mind. At this point, I

usually say you should reserve your easy questions for me, and ask Dr. Macedo the hard questions. He gets paid a little more than I do. Thank you, Mr. President.

The PRESIDENT: Thank you, Mr. Milam. The floor is now open for comments and questions. I recognize the Delegate of Chile.

Dr. BORGÑO (Chile): Muchas gracias señor Presidente. Aunque se me pueda tildar de majadero, repito la observación que hice en la reunión del Comité Ejecutivo de junio pasado, pues me preocupa que en dos ejercicios presupuestarios consecutivos no haya concidencia entre las estimaciones de la OMS y las de la OPS, pues las estimaciones de costos y de la inflación presentadas por la OMS son siempre superiores a las que nosotros hacemos y que no haya retroalimentación de nuestra parte para la OMS con objeto de evitar que el fenómeno no se siga repitiendo. Y digo que me preocupa, porque los errores en los cálculos de los costos y de la inflación no son fáciles, a pesar de las mejoras introducidas en los métodos que nosotros usamos en esta Región, y por mucho que esta metodología se haya perfeccionado debemos presentar los datos con toda sinceridad y honestidad porque, si nos equivocamos, el problema es que vamos a tener que cortar nuestros programas.

Sabemos bien que la parte de la OMS en nuestro presupuesto total regular es solo el 27%, aproximadamente, pero yo creo que si nosotros hemos perfeccionado nuestra metodología, si somos lo suficientemente honestos y si hemos aprendido la lección, no debe presentarse año a año la misma situación.

Y repito que nos preocupa por los errores que esto pueda tener, porque si ustedes leen en los diarios o en las revistas técnicas las estimaciones de la inflación, verán la diversidad de cifras que se presentan en cualquier sentido. Por lo tanto, yo quisiera que no me dieran las mismas explicaciones que ya me dieron, porque esas estoy acostumbrado a oírlas y las conozco muy bien, sino que avancemos en el sentido de que si hay un defecto, no se vuelva a presentar cada vez que se hace el estudio del ejercicio presupuestario. Puede estar equivocada la Oficina de Ginebra o podemos estar equivocados nosotros.

Ahora bien, debemos hacer un análisis lo más estricto y lo más honesto posible, con el propósito de que las cuotas que se nos asignan--en cuyo pago muchos países están atrasados--no sean tan elevadas pues es evidente que al aumentar el presupuesto aumenta la contribución de cada país en forma porcentual, de acuerdo con lo establecido. Por lo tanto ojalá no haya errores en esta estimación!

Quisiera que me explicaran qué se va a hacer si hay un error, ya que pronosticar con dos o tres años de antelación no es tan fácil. Si hubiera un error igual que procedió a hacer un aumento real a nivel de los países--que es lo correcto--debe tratarse de que ese porcentaje real no disminuya, porque lo más importante y transcendental del presupuesto

está en las asignaciones a los países. No hago estas observaciones con el propósito de molestar o hacer preguntas difíciles, sino porque a quienes tenemos una tradición en esta Organización o en la OMS no nos gusta que los errores o los planteamientos equivocados se estén repitiendo año tras año. Muchas gracias.

Mr. BOYER (United States of America): Thank you, Mr. Chairman. The Delegation of the United States would like to support the resolution that has been put forward by the Executive Committee, and we concur with the budget proposal of the Organization.

In relation to the puzzle that has just been described by Dr. Borgoño from Chile, I do not know what the answer is but perhaps it is this: there definitely is an odd circumstance in which WHO is offering more money than it turns out the Region needs in order to cover inflation. My impression is that WHO took a global average and invited each of the six Regional Committees to make provisions for cost increases at a maximum level of 13.5%, so that WHO was able to make a judgment on how much cost increase could be included in the budget--but Regional Committees could not go over that amount.

I think the important point here is that this Organization, the Regional Office for the Americas, has made what I understand to be an honest estimate of the actual cost increases that prevail in this Region, and it turns out that the amount of money needed to cover those cost increases is \$3 million less than has been offered by the World Health Organization for the period, and so we do not need the 13.5% that was proposed by WHO. I think the Member States ought to give full praise and credit to this Secretariat, the Regional Office for the Americas, for coming to that conclusion and for being willing to inform WHO that it does not need the \$3 million that was offered.

On the other hand, I think there is a matter of concern here. This Region is being honest and I have no reason to believe that any other Region would not be the same. However, I would hope that each of the other five Regional Offices of WHO would address this problem in the same way so that if the cost increases in their Regions do not add up to a 13.5% increase, they would also be willing to return that money to WHO so that all Regions are treated on a fair basis.

I would note that the United States Government policy toward the World Health Organization's budget when it is reviewed next year will once again be that the budget should contain zero real growth and that WHO should be striving to absorb as much of the cost increases as possible. I think the section of the WHO budget that we are seeing here, the one addressing this Region, is a good early indicator of the way the World Health Organization's own budget may be developed. We are very pleased to see that this budget reflects zero real growth in both the WHO contribution to this Region and also the projected PAHO budget for 1988-1989; there is indeed a difficult economic situation facing all the

international organizations, and I think it behooves all the organizations to be as frugal as possible as they deal with these problems and the adoption of the budget for the next biennium.

I have only one substantive technical question to raise in relation with the budget proposal. I raised this in June during the Executive Committee meeting and I was not satisfied with the answer, and I simply would like to raise it again. It relates to the statistics provided on page 9 of Document CSP22/20, Annex I. This is the table showing the combined WHO and PAHO allocations by program. The table shows that between the current biennium and the next biennium there will be a 21% increase in the program for foot-and-mouth disease. Members of the Conference will recall that this is an issue we have debated and debated over many years, with the strong feeling among many of us that for reasons of accident, probably, this category consumed an excessively large proportion of the PAHO budget.

The category I question is one related to animal health, while we are talking about an Organization and a budget that is intended to be dealing with human health. Now we see that, whereas foot-and-mouth disease consumed 3.8% of the regular budget in the current biennium, there is proposed in this next biennium budget an increase to 4.2%. It seems to us that this is an excessively large amount for something not related to human health, and I also believe the Governing Bodies in the past have expressed their belief that we should try to reduce the proportions going into the animal health programs. I wonder if the Secretariat might try to explain to us again what can be done to meet the desires of the Governing Bodies and of the Director, as I understand them, to reduce the proportion of the budget going to foot-and-mouth disease. Thank you very much.

The PRESIDENT: Thank you very much. I recognize the Delegate of France.

Dr. DEMEULEMEESTER (France): Je voudrais simplement faire une remarque sur la forme et ce sera pour féliciter et remercier le Directeur d'avoir uni les deux documents budgétaires de l'OMS et de l'OPS, comme la France l'avait déjà demandé lors d'une précédente session. Bien que le seul projet programme budgétaire de l'OMS soit à l'ordre du jour, la présentation conjointe de ces deux documents permet de se faire une idée globale sur l'évolution des programmes qui bénéficieront d'une double contribution.

The PRESIDENT: Thank you very much. Any more comments from the floor? If there are none then I would ask Mr. Milam to respond to the queries.

Mr. MILAM (PASB): With regard to Dr. Borgoffo's question concerning the methods, the estimates, etc. I am really not sure there is a defect. I think WHO probably does indeed look at the coming two

years and establishes a global figure to be used, and then expects the Regions to do the best they can to submit a reasonable estimate at the time when the Director-General considers this. I do not think that the Director-General intends to give us his planning ceiling as if we owned it. Now, as to how we do the calculations and the estimates, budgeting is an art; it is not an exact science at all.

As I explained at the Executive Committee meeting, we take all the posts and try to look at what the salaries are now and project into the future for each duty station that we have and for each grade of the post. Nevertheless, WHO is already complaining that the proposal we have sent for the posts in this city is too high. We calculate averages. The positions account for some 60% of the budget. We calculate for short-term consultants and fellowships, Regionwide, and then we look at those averages, what they were actually for in 1984 and 1985. We are proposing no increase in those averages. Deciding the inflation rate to use for the other factors in the budget, supplies and equipment, contractual services, running of this building, etc., is very difficult. I was reading an article last night. Ten economists were discussing the inflation rate in the coming year and there were 10 different figures in this one article. The Washington Post this morning had another figure, 3.7%, I think they were saying, for the coming year. That is in this country, and we have to deal with all the countries. Also, the 3.7%, assuming it is at all accurate, is nationwide, which means it will be approximately 2% higher for this city. Therefore, I do not know quite how to answer the question except to say that the calculations are the best we know. Perhaps between now and this time next year they will indeed be revised, but I do not know which way they will go.

I have seen only one other Region's proposal. I forget which one it was, and that Region was also giving some funds back, or going below the original planning ceiling, although not as much as this Region.

I thought I answered the question last June by Mr. Boyer about the Foot-and-Mouth Disease Center, but the last part of the question was the part I could not answer. The reason the Foot-and-Mouth Disease Program went up in the tables in front of you is simply that the salaries went up a great deal in Brazil.

Dr. GUERRA DE MACEDO (Director): Quiero agregar unos comentarios sobre el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA) y señalar otro problema relacionado con el presupuesto, pero no con el documento que estamos examinando. En cuanto a lo dicho por el Sr. Boyer, si ustedes miran el cuadro mencionado (página 10) pueden ver que no hay ningún incremento del programa, a pesar que aparece un 0,1% (US\$5.200) de aumento y eso probablemente es una de las cosas que ocurren en los cuadros presupuestarios cuando en realidad la idea es de conseguir un crecimiento cero de los programas.



Hace dos años el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), que tiene la responsabilidad de determinar los niveles de salarios del personal local, en cada una de nuestras sedes, decidió conceder al personal local que trabaja en Río de Janeiro (Brasil) un aumento extraordinario, para equiparar los salarios de Río de Janeiro con los de Brasilia. En mi opinión, fue una medida absolutamente innecesaria pero, como el Centro está en Río de Janeiro y emplea a muchas personas de contratación local, la decisión del PNUD significó para nuestra Organización un aumento de gastos de casi US\$1 millón, cantidad que no habíamos incluido en las previsiones del presupuesto cuando se preparó en 1984.

Esta es una de las razones por las cuales estamos pensando en cambiar el sistema de contratación de personal local para nuestros Centros Panamericanos, y haremos una propuesta bajo uno de los temas de la agenda de la actual reunión; espero que sea aprobada por la Conferencia, porque el problema afecta no solo a PANAFTOSA sino a todos los centros. Estamos encontrando cada vez más dificultades para mantener los Centros, pues los recursos no aumentan y los costos de personal se incrementan sin cesar. Este caso es un caso extremo, pero hay otros que son muy parecidos.

Ahora, señor Presidente, quisiera referirme a algo nuevo. Después de que la sede de la OMS nos enviara las instrucciones para preparar el anteproyecto de presupuesto, en la reunión del Comité del Programa de la OMS se nos informó de que la sede de la OMS solicitaba que preparásemos, simultáneamente con el anteproyecto de presupuesto, un presupuesto complementario aparte, es decir un presupuesto de contingencia para una eventual reducción de los fondos previstos en el presupuesto para 1988-1989. En Ginebra se estima que dicha reducción representará para la Región de las Américas una disminución de alrededor de US\$5,4 millones en los créditos asignados a la Región.

A mi juicio, así como al de los demás Directores Regionales, esa solicitud era muy prematura. En primer lugar, porque era admitir como inevitable una reducción de los recursos que la propia Organización y los Gobiernos aprueben antes de que la situación se produzca y, en segundo lugar porque, en nuestro caso, no podríamos hacer una propuesta de este tipo en 1986 para un presupuesto de 1988, sobre todo porque el presupuesto de la OPS--que es unas dos terceras partes de nuestro presupuesto ordinario total--no se ha examinado aun en detalle. Lo que tenemos aquí es una proyección que deberá analizarse minuciosamente durante la próxima reunión del Consejo Directivo de 1987.

En Ginebra se aceptó este planteamiento, pero la OMS ha decidido preparar un presupuesto de contingencia para la Sede propiamente dicha, que será presentado al Consejo Ejecutivo de la OMS en enero de 1987 junto con el presupuesto normal.

Por otra parte, nos han pedido que al menos les informemos, en el caso de que haya una reducción de ese tipo, de cómo pretendemos nosotros distribuir la disminución entre los programas regionales y los programas en los países. Vamos a darles esta información durante el mes de octubre pero avisándoles, como pienso hacerlo yo también en el Consejo Ejecutivo, que se trata de una información preliminar. Es lo único a lo que nos hemos comprometido.

Y paso ahora a llamar la atención de ustedes sobre un esquema, o un mecanismo, o un proceso, de cómo el Comité Regional de la OMS para las Américas va a afrontar este problema si se presenta. Les quiero sugerir o proponer el siguiente procedimiento. Estamos examinando, y espero que se apruebe mañana, en vista las opiniones manifestadas en esta misma sesión, un documento sobre las prioridades programáticas de la OPS en el próximo cuatrienio y, por lo tanto, también para el presupuesto de 1988-1989. En función de estas prioridades, y una vez obtenidos datos más precisos sobre lo que va a ocurrir con respecto a disponibilidad de fondos en 1988-1989, la Secretaría preparará en febrero de 1987 un documento mostrando cómo se podrían hacer estas reducciones. Dicho documento se presentará al Subcomité de Planificación, en su reunión de marzo-abril de 1987, después al Comité Ejecutivo, para que lo examine simultáneamente con el anteproyecto de presupuesto de la OPS para 1988-1989 en su reunión de junio de 1986 y, por último, el Consejo Directivo lo analizará en su reunión de septiembre de 1987. En octubre de 1987 se informará al Director General de la OMS del resultado de las deliberaciones del Consejo Directivo de la OPS, para que incluya el tema en el orden del día de la reunión de enero de 1988 del Consejo Ejecutivo de la OMS, con el fin de introducir posibles reajustes para el bienio correspondiente.

Creo que esta es una forma más adecuada de tratar el asunto que partir de una aceptación inmediata de una inevitable reducción drástica de los recursos de la Organización, cuando la información es todavía incompleta y muy vaga.

El Director General también nos ha pedido que llamemos la atención del Comité Regional para las Américas sobre esta eventualidad y acerca de las restricciones financieras que la Organización tiene en estos momentos. Ustedes conocen ya los hechos, por lo menos lo fundamental. No sabemos, por no tener la información adecuada, cómo evaluar la importancia de estas restricciones para los años venideros. Por el momento, estamos discutiendo con cada uno de los Países Miembros que tienen una responsabilidad en el asunto, sobre todo con los Estados Unidos de América, y en particular con el Congreso del país, cómo podemos, por lo menos, reducir los efectos de las decisiones que ha tomado el Congreso y que afectan el sistema de las Naciones Unidas en general y, por lo tanto, también a nuestra Organización.

Como ustedes saben, el año pasado el Congreso Norteamericano aprobó dos textos legislativos que tienen grandes repercusiones en las finanzas de las organizaciones internacionales, particularmente las del

sistema de las Naciones Unidas: la enmienda Gramm-Rudman y la enmienda Kassebaum. Creo que es conocido de todos que esta última exige a la Administración del Gobierno Federal Norteamericano que reduzca (o retenga) de un 25 a un 20% sus contribuciones al sistema de las Naciones Unidas, incluyendo sus organismos especializados, entre ellos la OMS, en el caso de que el sistema de las Naciones Unidas no cumpla con dos requisitos establecidos por el Congreso Norteamericano.

El primero de estos requisitos es que se cambie el sistema de votación de todos los asuntos financieros y presupuestarios para dar a los países un voto ponderado en función del valor de sus contribuciones a la organización u organizaciones del sistema. En términos prácticos, eso significa conceder de una manera formal a los países que pagan mayores contribuciones más votos e influencia que a los que contribuyen con menos. La segunda exigencia del Congreso Norteamericano es que las Naciones Unidas revisen su sistema de salarios y subsidios del personal equiparándolo a los subsidios y salarios de los funcionarios federales de la Administración Civil Norteamericana.

Es de todos sabido que cuando se creó el sistema de las Naciones Unidas se adoptó el principio de que el sistema debería regirse por el país miembro que tuviese el sistema salarial más privilegiado, y los Estados Unidos de América fueron adoptados como patrón de referencia para la determinación de las escalas salariales y de los subsidios del funcionario internacional. El Congreso Norteamericano piensa que durante los 40 años de vida de la Organización se han ido agregando nuevos subsidios a los funcionarios de las Naciones Unidas, lo que hace que hoy esos funcionarios tengan situaciones de privilegio en comparación con los de la Administración Civil Federal de los Estados Unidos de América. En los debates del Congreso se citaron algunos ejemplos.

Sin prejuzgar los dos requisitos, el hecho es que el Congreso ha dado un año de plazo para estudiar el asunto, cosa que, evidentemente, es imposible hacer. De todas formas, la enmienda Kassebaum entra en vigor el 1 de octubre próximo y se aplicará para el ejercicio fiscal norteamericano de 1987, que empieza el 1 de octubre próximo.

He dicho que es imposible estudiar el asunto en el plazo fijado, porque han de celebrarse largos debates en los cuerpos directivos de cada uno de los organismos y en la propia Asamblea General de las Naciones Unidas, sin contar con que hay que introducir reformas constitucionales para cambiar el sistema de voto. Respecto a esto último, diré que la última vez que la Organización Mundial de la Salud introdujo una reforma en su Constitución para aumentar en uno el número de miembros del Consejo Ejecutivo, pasaron nueve años antes de que fuera ratificada dicha reforma. Imagínense cuánto se demoraría, si es que se llegara a un consenso, establecer cambios tan drásticos. De todas formas, la enmienda ya está en vigor y se ha tomado en consideración para la preparación del presupuesto de 1987.

La enmienda Gramm-Rudman no tiene relación directa con el sistema de las Naciones Unidas, pero en mi opinión tiene repercusiones mucho más graves sobre las finanzas de las organizaciones, porque en ella se exige a la Administración Federal de los Estados Unidos que tenga un presupuesto equilibrado, es decir, con déficit cero, para el ejercicio de 1991. Como en 1985 el déficit del presupuesto fiscal de los Estados Unidos fue de más de \$200.000 millones, de hecho hay que enjugar \$230.000 millones en cinco años. Se trata de un ejercicio extraordinariamente difícil, sobre todo cuando sabemos que un presupuesto se equilibra con el aumento de los ingresos o con la reducción de los gastos. Como la posición política es de no aceptar un aumento de los impuestos, el equilibrio tiene que lograrse incrementando los ingresos solo con la expansión de la economía, lo que no parece muy significativo, o reduciendo los gastos.

Y aquí se presenta el problema de determinar cuáles son los gastos prioritarios pues, de hecho, las cosas que son prioritarias para unos no lo son para otros; los aspectos que menos prioridad parecen tener para todos son exactamente los programas de las Naciones Unidas. La realidad es que en este momento tenemos propuestas en el Congreso norteamericano y algunas decisiones del Senado que ya fueron tomadas preliminarmente son extraordinariamente amenazadoras. Además de reducir seriamente los créditos para las contribuciones del Gobierno de los Estados Unidos de América en las organizaciones internacionales, el Senado ha añadido una disposición preliminar para que se retenga cerca de una tercera parte de las asignaciones aprobadas--que ya se habían reducido mucho--hasta después del 1 de octubre de 1988.

Si esto ocurre, tendrá un impacto extraordinariamente grave en términos de liquidez en los presupuestos de muchas organizaciones, y sobre todo en la Organización Panamericana de la Salud. Según nuestras estimaciones, la reducción efectiva de nuestro presupuesto para 1987 sería de cerca de US\$29 millones, lo que es casi el equivalente de la contribución anual de los Estados Unidos de América a la Organización.

Ahora bien, como hay determinados sectores con muy buena voluntad y el propio Presidente Reagan, en su exposición ante las Naciones Unidas, parece haber indicado algunas posibilidades mejores que las que estamos viendo en este momento, yo espero que puedan reducirse las dimensiones del problema. Pero, de cualquier manera, si añadimos esto a los problemas de la crisis económica en otras naciones y a los atrasos que otros países tienen en el pago de sus cuotas a la Organización, nos estamos preparando para una reducción efectiva en el bienio 1986-1987 de cerca de US\$15 millones en nuestro presupuesto regular, casi un 10% de la cantidad aprobada por el Consejo Directivo. Y para 1988-1989 no sabemos lo que puede pasar. ¡Ojalá todo esto pueda arreglarse!

De hecho, como ustedes vieron al examinar la situación financiera y el informe sobre recaudación de las cuotas, muchos países han hecho un esfuerzo extraordinario por ponerse al día en sus pagos a nuestra

Organización. Entre ellos figura la Argentina, por no citar más que un ejemplo, que, atravesando una crisis económica profunda y con grandes atrasos de pagos a la Organización, en 1986 ha pagado sus cuotas correspondientes a 1984, 1985 y 1986. Ese es un esfuerzo de solidaridad que debemos reconocer y que se encuentra no solo en la Argentina, sino también en otros países que están viviendo situaciones también críticas y han dado prioridad al pago de sus contribuciones a la Organización. Confío en que todos lo hagan en el futuro inmediato.

En resumen, yo quisiera tener la aprobación tácita del Comité Regional para las Américas, de esta Conferencia, para el esquema que he propuesto con el fin de tratar el asunto de las reducciones en la disponibilidad de recursos en relación con los presupuestos aprobados. Me permito repetir en qué consiste: en primer lugar, en función de las prioridades aprobadas por la Conferencia, la Secretaría prepararía un documento en febrero de 1987, que sería analizado por el Subcomité de Planificación en marzo-abril de 1987, por el Comité Ejecutivo en junio de 1987 y por el Consejo Directivo en septiembre de 1987; en esta última fecha espero poder contar con una información adecuada de lo que va a ocurrir con nuestra Organización.

Gracias, señor Presidente, y perdone por esta intervención tan extensa.

The PRESIDENT: Thank you very much, Mr. Director. I think your long explanation was necessary. I recognize Cuba.

Dr. MECHACA (Cuba): Muchas gracias, señor Presidente. Precisamente, en una intervención anterior nosotros hemos expresado nuestra preocupación por la situación de crisis que afecta al sistema de las Naciones Unidas, y en este momento queremos señalar que lamentamos esta decisión unilateral del país que es el mayor contribuyente de nuestra Organización. Como ha señalado el señor Director, esta decisión contrasta con el esfuerzo que están realizando casi todos los Países Miembros en medio de la grave crisis económica que está atravesando para contribuir a que esta Organización continúe trabajando en su labor humanitaria.

Asimismo, queremos expresar también nuestra opinión de que, cualquiera que sea el resultado, se debe tratar de perjudicar lo menos posible el desarrollo de los programas y proyectos con las posibles reducciones financieras. Sabemos que ésta es la política de la Secretaría, pero deseamos insistir en ello.

Por último, quisiera hacer una solicitud a la Secretaría. Ya sabemos que la documentación sobre las enmiendas a que ha hecho referencia el Director puede obtenerse, pero, como seguramente la Secretaría dispone de ella, desearíamos que se distribuyeran a las distintas Delegaciones los textos de dichas enmiendas. Debido a las serias repercusiones que tienen en el desarrollo del trabajo de la

Organización será conveniente que la Secretaría nos hiciera llegar los textos de las enmiendas aprobadas por el Congreso de los Estados Unidos de América. Muchas gracias, señor Presidente.

Dr. GUERRA DE MACEDO (Director): Señor Presidente, solo para informar, con respecto a lo que ha dicho el señor Delegado de Cuba, que la Secretaría está ejerciendo un cuidado extremo para alterar lo menos posible el desarrollo de los programas propiamente dicho. Esta era ya nuestra intención, y en el esfuerzo de aumentar la eficiencia global de la Organización, hemos acelerado la introducción de algunas medidas de contención de gastos, medidas que son un tanto drásticas.

En este momento, por ejemplo, hemos reducido a menos de la mitad los recursos para trabajos en horas extraordinarias, hemos congelado la contratación de personal en la Oficina Central de Washington, o sea que no se cubren los puestos vacantes, salvo en casos excepcionales que han de ser solventados personalmente por el Director, después de justificaciones bien fundadas por cada una de las unidades. Asimismo, hemos disminuido el número de viajes y buscado todos los medios de reducir los costos de las reuniones que la Organización patrocina, haciendo un esfuerzo por celebrar solo las que sean esenciales para el desarrollo de los programas. Estas son algunas de las medidas adoptadas.

También hemos decidido que las mayores reducciones, en el caso de que se produzcan, afecten los programas regionales. Así, de lo que ya tenemos que reducir para 1986-1987, el 70% ha sido concentrado en los programas regionales y solo el 30%, o menos--ojalá sea menos todavía--en los programas de país. En este momento me dice el Sr. Milam que esa cifra es del 26%. Seguiremos haciendo esfuerzos para disminuir aún más esos efectos.

Al mismo tiempo solicitamos que en los países se adopten las mismas medidas de racionalización de gastos y que se busquen las formas menos costosas para hacer bien las cosas que tengan que hacerse, pues siempre es posible reducir los gastos cuando hay interés por lograrlo y los Gobiernos y la Organización trabajan conjuntamente hacia este fin. Gracias.

The PRESIDENT: Thank you, Mr. Director. Any more comments? The United States Delegate will make one.

Mr. BOYER (United States of America): Thank you, Mr. President. It may surprise the Delegates here to think that the United States Delegate might agree with the Delegate of Cuba, but in fact I do agree with Dr. Menchaca that it is important that the Organization begin to prepare to anticipate a budgetary shortfall and the need for reallocation of resources and sharpening of priorities. Also I think it should be considered that a budgetary shortfall and the need to reallocate resources may not be all bad. Many organizations find that when they get squeezed in a budgetary way, sometimes they are able to eliminate low

priority items, or to reorganize themselves in a way that they otherwise would not be able to do. Sometimes there are pressures from different Member Countries, pressures from personalities within the Secretariat, pressures from outside the Organization to force it to do something that the Director thinks perhaps is not of high priority. And so I think that the Organization ought to try to look on what might be a good side to a budgetary shortfall, that it might be able to restructure itself to operate more efficiently.

As a second point, let me say that the issue relating to the Kassebaum Amendment is the desire that major donors to the international organizations be given more influence in budgetary decisions. Let me just say that I think that there is a possibility of meeting the desires of the United States Congress on this point. Many of you Delegates may know that there has been a group operating at the United Nations in New York called the Group of Eighteen, which has been trying to come up with new ways of reforming the United Nations, not the World Health Organization and PAHO, but the United Nations Secretariat itself, e.g., better ways of making decisions on budgetary items. The Group of Eighteen has made some recommendations that appear very positive and may very well be considered a positive step toward meeting the interest of the Kassebaum Amendment. However, action must be taken by the United Nations General Assembly on those recommendations, and I think all of us will watch very carefully to see what kind of action the General Assembly is able to take. There is the possibility that the requirement of the 20% reduction in contributions that could result from the Kassebaum Amendment could be alleviated if there were favorable action on this by the United Nations General Assembly.

Finally, I would point out that the budgetary difficulties that were discussed by the Director basically apply to all international organizations. This is not something that applies only to PAHO or to the World Health Organization, and it results from the general problem, which the Director addressed: there is a very strong desire in the United States Government, both the Administration and in the Congress, to reduce the very, very large deficit. The basic task that the Congress has set for itself is to try to reduce expenditures, and so what is happening at the moment, and is not finished yet, is an effort to try to reduce the expenditures of the international organizations, all of them, across the board, and there are some 90 international organizations to which the United States contributes. The effort is to reduce the budget, and the effort is not yet finished. The Congress has not yet adjourned, and so we are still not clear what kind of action will be taken. We know that the Director is following this very carefully, and I am sure that we can expect him to keep all the Members very fully informed as new developments occur. Thank you, Mr. President.

Dr. GUERRA DE MACEDO (Director): Señor Presidente, tomo la palabra de nuevo para hacer una observación con motivo de la intervención del Sr. Boyer. Deseo informar a la Conferencia que esta

Organización en particular, dentro de la situación de restricción y del ambiente no muy favorable al sistema de las Naciones Unidas, ha merecido una consideración especial por parte del Congreso Norteamericano y del Departamento de Estado. El año pasado, cuando se aprobó la enmienda Kassebaum, la OPS fue excluida específicamente y, a través de ella y yo creo que mucho a causa de ella, todo el sistema interamericano fue también exento de la aplicación de dicha enmienda.

Es más, el Congreso hizo una recomendación especial en los debates. El grupo conjunto de la Cámara de Representantes y del Senado hizo una referencia particular a la Organización Panamericana de la Salud, manifestando el deseo de que cualquier repercusión que la OPS sufriera por la aplicación de esa enmienda a la OMS pudiese ser compensada de alguna manera a la Organización Panamericana de la Salud, pues se reconocían muchos méritos a esa Organización.

El Departamento de Estado, al aplicar la enmienda Gramm Rudman, que es una disposición rígida de reducción de recursos, también quiso que la OPS sufriera menos que las demás organizaciones. Incluso estoy informado de que se pensó eximir a la OPS de la aplicación de la reducción que se hizo para 1986.

De cualquier manera tuvimos una reducción, pero dentro de las reducciones observadas fue la menor, en comparación con otros organismos e incluso con la propia OMS.

Aun en este momento, cuando se está discutiendo el presupuesto de los Estados Unidos de América para el ejercicio de 1987, hay muchas personas en el Congreso que desearían ayudar a la OPS y a la OMS y tengo la impresión de que más a la OPS, para que no resulte tan perjudicada por la adopción de estas medidas de aplicación general. Debo reconocer ese esfuerzo, aunque lamento que a pesar de todo tengamos que sufrir algo.

Por otra parte, la Secretaría ya venía haciendo un esfuerzo concentrado para aumentar la eficiencia y reducir sus costos y así liberar recursos para ayudar a los países a satisfacer sus crecientes necesidades dentro de la crisis económica que afecta a cada uno de ellos. Pero ahora es preciso compensar la reducción de recursos. Yo creo que eso representa una pérdida muy grande, porque limita la capacidad y las posibilidades de la Organización para poder introducir cambios internos y transformarse en una institución cada vez más eficiente, útil y necesaria.

The PRESIDENT: Thank you very much. Are there any more comments? If there are none, I shall ask the Rapporteur to read the proposed resolution appearing in Document CSP22/20.

El RELATOR: El proyecto de resolución dice así:



THE XXII PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Having considered Document CSP22/20 and the tentative request for US\$62,970,900 from the World Health Organization for the Region of the Americas for the biennium 1988-1989, that includes an estimated cost increase of 8.8%; and

Noting the recommendation made by the 97th Meeting of the Executive Committee,

RESOLVES:

To request the Director to transmit to the Director General of WHO the request for US\$62,970,900 for the Region of the Americas for the biennium 1988-1989 for consideration by the WHO Executive Board and the World Health Assembly.

LA XXII CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo considerado el Documento CSP22/20 y el pedido tentativo a la Organización Mundial de la Salud para la Región de las Américas de US\$62.970.900 para el bienio 1988-1989, que incluye el aumento estimado de costos de 8,8%, y

Tomando nota de la recomendación formulada por la 97a Reunión del Comité Ejecutivo,

RESUELVE:

Solicitar al Director que transmita al Director General de la OMS el pedido de US\$62.970.900 para la Región de las Américas para el bienio 1988-1989 a fin de someterlo a consideración del Consejo Ejecutivo de la OMS y la Asamblea Mundial de la Salud.

The PRESIDENT: Are there any objections to this proposed resolution? If there are none, I will now declare the resolution approved by this Conference. Thank you.

Decision: The proposed resolution was unanimously adopted.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución.

The PRESIDENT: We have one more item on this afternoon's agenda. It is Item 5.3, Contribution of the Region of the Americas to the Eighth General Program of Work of WHO, 1990-1995. I would like to draw the Conference's attention to Document CSP22/22 and I now call on the Representative of the Executive Committee to present that document.

ITEM 5.3: CONTRIBUTION OF THE REGION OF THE AMERICAS TO THE EIGHTH GENERAL PROGRAM OF WORK OF WHO, 1990-1995

TEMA 5.3: CONTRIBUCION DE LA REGION DE LAS AMERICAS AL OCTAVO PROGRAMA GENERAL DE TRABAJO DE LA OMS, 1990-1995

Dr. GAY (Chairman of the Executive Committee): Mr. President and fellow Delegates, the Executive Committee was requested to review in detail the context in which PAHO was required to prepare a draft of the Eighth General Program of Work for the years 1990-1995, for consideration, first by the Pan American Sanitary Conference, and subsequently by WHO's Executive Board in January 1987. The document presented, CE97/24, and the one prepared for the Sanitary Conference, should have responded to the mandate of WHO to describe, for each program on the classified list, the current status, the general objectives, the specific targets, and the approaches to be applied in pursuing these targets. Following a brief discussion, the Executive Committee concluded that there was no need to approve a resolution for this item. Thank you, Mr. President.

The PRESIDENT: Thank you very much, I invite Mr. Mark Schneider, Office of Analysis and Strategic Planning Coordination of PASB, to make his presentation.

Mr. SCHNEIDER (PASB): Thank you very much, Mr. President. Document CSP22/22 summarizes the contribution of the Region of the Americas to the Eighth General Program of Work of WHO for the years 1990 to 1995. As the document indicates, the Constitution of the World Health Organization (Article 28g) requires its Executive Board to submit to the World Health Assembly for consideration and approval a general program of work covering a specific time period. This will be the second of the three six-year general programs of work designed to achieve the goal of health for all by the year 2000. As in the past, the Regional Committees have been requested to consider the regional contribution to the draft global General Program of Work prior to its final preparation and submission to the WHO Executive Board in January 1987.

Once endorsed by the WHO Executive Board in January, the draft Eighth General Program of Work will be submitted for final approval to the World Health Assembly in May 1987. Following its adoption by the World Health Assembly, the Eighth General Program of Work then will form the framework for the preparation of medium-term programs covering the same time period. Those medium-term programs will be reviewed by the WHO Headquarters Program Committee in July 1987, which coincides with the start of the preparation of the 1990-1991 program budget.

To describe the character of the General Program of Work and the medium-term program, let me note that for each program on the Classified List of Programs of the Organization, as stated, the General Program of Work incorporates a situation analysis related to that program, the objectives for the six-year period, the targets to be reached, and the

approaches for reaching those targets. The medium-term program involves the delineation of the specific activities to be carried out, relating them to the targets that have been established. The medium-term program then becomes a fundamental starting-point for the elaboration of the two-year program budgets of the Organization.

To return once more to the document before you, the Region of the Americas has submitted a draft document to WHO Headquarters for use in preparing an initial preliminary draft of the program of work. That document was available to the PAHO Executive Committee at its June meeting in Washington. The present document is a summary of the preliminary objectives of each of the regional programs for the 1990-1995 time frame. The regional program suggestions for the Eighth General Program of Work were based first on an examination of results achieved thus far during the Seventh General Program of Work, which will not be completed until 1989; second, on the analysis of national priorities completed as part of your 1985 evaluation of progress in implementing the strategy of health for all by the year 2000; third, on continuing joint consultations with Member Countries in the context of the definition of the current annual operative program; and, finally, on the regional policies and priorities.

Ultimately, the Region's medium-term programs to implement the General Program of Work will also be structured to reflect the priorities set forth in the document considered earlier today by the Pan American Sanitary Conference, namely, the orientation and program priorities for PAHO during the quadrennium 1987-1990, as well as the evaluation of the final results of the Seventh General Program of Work in 1989. Thank you, Mr. President.

The PRESIDENT: Thank you very much. The floor is open for comments and/or questions. The United States of America.

Mr. BOYER (United States of America): Thank you, Mr. President. My Delegation appreciates the opportunity to review the contribution of material from this Region to WHO for inclusion in the Eighth General Program of Work. The United States delegations have long believed that a medium-term planning mechanism can serve to keep an organization such as WHO more closely focused on its goals, to help it operate more effectively and efficiently, and to help to eliminate marginal or peripheral activities. We recognize, however, that it is difficult for an organization to project its activities almost nine years into the future with any sense of certainty about program needs. This Conference is considering PAHO's own plan, the quadrennial report for the next four years, and even that is necessarily general, and in some cases rather vague. We would be interested, therefore, in the Secretariat's comments on what we might call the utility of the general programs of work, as they are now conceived and implemented in WHO, and we will be interested in knowing from those who have been close to the exercise what kind of changes in a medium-term planning exercise they believe might serve to improve this effort.

As a general matter, my Delegation is somewhat concerned that the WHO new Classified List of Programs appears to show that five new programs have been added, bringing the total number of programs to 60. This generates the question of how many separate programs WHO and PAHO can operate efficiently and effectively. Certainly Member Countries are faced with a staggering variety of health problems and issues; but it seems to us that WHO and PAHO cannot attempt to serve all of them--developing country program activities in any health field suggested by any country. It seems to us that there is a limit to what can be done effectively, especially as resources appear to become more limited. Perhaps, in fact, the number of separate programs in the budget classification system should be reduced in order to improve performance. I would be interested in hearing any comments the Director may have on that.

Besides these general points, I have a few more specific comments and questions. The Director spoke earlier about some sensitivity that exists between international organizations and private industry, particularly as industry may fear that organizations, on a global basis, are trying to regulate activities in the private sector. That sensitivity provokes several questions. On page 6 in Annex II of this document, under section 4a, the last ticked item says that PAHO will put emphasis on the "formulation and development of pharmaceutical policies." We are not sure what is intended here. However, it seems to us that pharmaceutical policies are the unique problems of each individual Member State, and that PAHO itself should not be attempting to develop policies that are imposed on Member States. I think it might be more useful if PAHO could be more clear about the intentions of the Organization, and possibly indicate an appropriate limit on its role. In contrast, I would add, there is a paragraph on essential drugs on page 14, in section 12.2a, which seems entirely correct.

In a similar vein, on page 10, under section 8.4 on smoking and health, I am somewhat concerned about the language. The text there says that the main objective of PAHO is to promote the control of tobacco use. Any efforts such as this would seem to involve PAHO directly in a commercial regulatory area, which we believe is highly inappropriate for PAHO, whether on tobacco or any other commercial product. I think there is adequate activity for PAHO and WHO in the field of smoking without getting the Organization involved in commercial regulations. The resolution on smoking that was unanimously adopted by the last World Health Assembly, discussed this morning, showed us how this could be done. I would also contrast the language used in this section with more appropriate language used in relation to alcohol in section 10.2, and food in section 11.5.

On page 7, under section 5 on health manpower, there is text that says that a target is to have health manpower policies integrated into a global health policy. We believe that is exactly correct. We fear that too often fellowships awarded through WHO or PAHO are included in a

country's programmed plan without any thought as to how to relate to overall health objectives. Fellowships are often included in a national plan without specification of which field the fellowship will be awarded in. This is a subject that was mentioned by the Director-General in his address on Monday morning. In order to get the health manpower programs integrated into the overall country program, we need a goal such as that set out in this document.

Finally, I would note that I find nothing in this paper about PAHO's role regarding AIDS, a topic that has been mentioned by several Delegations in their country reports. I know that WHO and PAHO are both active in dealing with AIDS, but it is not reflected in this paper at all. I wonder if this should be covered in section 13.11 regarding sexually-transmitted diseases, or in some other place.

Thank you very much, Mr. President.

The PRESIDENT: Thank you very much. The Delegate of Chile.

Dr. BORGÑO (Chile): Gracias, señor Presidente. Yo creo que el establecimiento de los Programas Generales de Trabajo por parte de la OMS, y este sería el octavo, es de extraordinaria importancia y pienso que la contribución que nosotros debemos hacer a este Programa va a permitir su simplificación pues, y en eso concuerdo con el Delegado de los Estados Unidos de América, estamos abriendo demasiadas puertas, probablemente muy complejas desde el punto de vista teórico, pero cuya puesta en práctica es extraordinariamente difícil. Por esa razón tenemos que fijar mecanismos para que estos programas sean realmente operativos.

Quisiera también señalar que las Américas es una de las Regiones que más puede contribuir al perfeccionamiento de este tipo de programas, y que debemos participar no solo en la etapa regional, sino también como Región a través de los mecanismos necesarios, para contribuir en el plano mundial a establecer un programa realmente efectivo que refleje las realidades y los problemas, así como la manera de abordarlos. Esto sería actuar de manera realista, como lo es la contribución de los Países Miembros de todas las regiones, y no solamente aprobar informes escritos o resoluciones que en algún momento se elevan al nivel central.

En cuanto a lo dicho por el Delegado de los Estados Unidos de América en relación con las políticas que él menciona, creo que los países somos la Organización. Nosotros, como países, no podemos hacer recomendaciones sobre política. No es la Secretaría la que nos está fijando las políticas, somos los propios Países Miembros de la Organización los que las estamos fijando y, por lo tanto, podemos hacer recomendaciones como lo hace la OMS, a la cual también pertenecemos, para que los países, de acuerdo con su propia realidad y su propia legislación, realizando sus propios deseos, tengan una especie de pauta que todos los países hayamos definido.

Desde ese punto de vista, creo que es perfectamente legítimo en el caso del programa de medicamentos esenciales, o en el de tabaco o salud, que este organismo pueda hacer recomendaciones que son perfectamente legítimas ya que somos nosotros mismos, los Países Miembros, los que las estamos haciendo. Estimo que este mecanismo es bueno, pero evidentemente es muy difícil pronosticar con mucha antelación. Por lo tanto, se requiere un reajuste continuo en su elaboración y en él debe tener la Región una función predominantemente, porque quizá, de las seis Regiones de la OMS, la nuestra es la que más experiencia tiene en este sentido. Nuestra contribución debe ser la mejor posible y me parece indispensable que solicitemos a la Organización Mundial de la Salud, no solamente una evaluación, porque ya está establecida para cada programa, sino también una evaluación muchísimo más severa, muchísimo más realista en relación con lo ocurrido en la práctica con este tipo de programas de trabajo, que evidentemente en teoría nadie puede objetar.

La inclusión de otros temas, como el señalado por el Delegado de los Estados Unidos de América, es muy importante. Es posible que haya otras omisiones además de esa, y debemos señalarlo. También hay que ver por qué los países han manifestado, como en el caso del SIDA, por ejemplo, su interés. Es preciso que la OMS, y la OPS en particular, nos den unas normas que guíen con buen criterio, sin histerias frente al problema, lo que debemos hacer en forma correcta en cada uno de nuestros países. Muchas gracias.

The PRESIDENT: Thank you very much. Is there anyone else who wants to make a comment? Cuba.

Dr. MENCHACA (Cuba): Muchas gracias, señor Presidente. Yo quisiera, en primer lugar, hacer un comentario obligado. En la presentación que hizo el Director General de la Organización Mundial de la Salud cuando se refirió a la evaluación que se realizó en la OMS del Programa General de Trabajo, se refirió al alto porcentaje de participación de los Países Miembros de la Organización en dicha evaluación. El Director General tuvo la delicadeza de evadir cualquier alusión a la participación de los países de nuestra Región. Además de reconocer esa gentileza nos vemos obligados a hacer un llamado a todos los Países Miembros para que tengan en cuenta la importancia que tiene el prestar atención a este asunto. Nuestro Director se vio en la penosa situación de dar una explicación, por así decirlo, con respecto al hecho triste de que nuestra Región fue la que menos porcentaje de respuestas sobre la evaluación había tenido, por lo que yo he querido destacar este hecho para que sea considerado por todas las delegaciones.

Por otra parte, deseo destacar también la importancia que concedemos a la confección de estos programas generales de trabajo como pautas para la labor que en un futuro tiene que realizar la Organización. En la preparación del documento que se examina, se tuvieron en cuenta los resultados del Séptimo Programa General de Trabajo, que constituyó el punto de referencia del Programa de la OPS/OMS a Mediano Plazo hasta 1989, así como los presupuestos bienales.

En relación con algunos comentarios hechos por oradores anteriores, queremos reiterar asimismo en este foro la importancia que concedemos al programa de medicamentos esenciales. Tal como se expresó en la página 16 del documento, el objetivo del programa consiste en apoyar a los Países Miembros en la formulación de políticas y en el establecimiento de programas destinados a garantizar la comercialización de medicamentos de reconocida eficacia e inocuidad, y la disponibilidad de medicamentos esenciales de buena calidad a un costo razonable para todos los sectores de la población, con acento en la atención primaria. Es de todos conocido la enorme importancia que tienen los medicamentos esenciales no solo para nuestras economías sino también para el estado de salud de nuestras poblaciones; de allí que insistimos en la importancia de que se mantenga este programa.

Por otra parte, se ha señalado que tal vez el documento presentado pudiera perfeccionarse. Nosotros creemos que todo lo humano es factible de perfeccionarse, y este documento no escapa a esta consideración. Pero es muy elevado el número de programas que se consideran y a pesar de esto se proponen otros programas. También quisiéramos llamar la atención sobre el punto C, relativo a ciencia y tecnología de la salud y su epígrafe 9, que se refiere a la protección y promoción de la salud de determinados grupos de población. Nosotros entendemos--y así fue admitido en el seno del Consejo Ejecutivo de la OMS--que por la importancia y la personalidad propia que ha adquirido ya un grupo de edad que se encuentra afectado por un sinnúmero de aspectos que condicionan su salud, tal vez resulte importante su inclusión en este acápite; me refiero a la salud de los jóvenes. Recordamos que la distinguida Dra. Maruping, de Dominica, hizo esta propuesta, que fue apoyada por otros miembros del Consejo Ejecutivo. Queremos reiterar entonces la conveniencia de incluir la de salud de los jóvenes en el Programa General de Trabajo. Muchas gracias, señor Presidente.

The PRESIDENT: Thank you. Since there are no more speakers I would ask either the Director or Mr. Schneider to respond.

Mr. SCHNEIDER (PASB): Thank you, Mr. President. With respect to the questions raised, the general questions raised by the Delegate of the United States of America as to the utility of general programs at work, as now conceived and utilized, we have found it extremely difficult to be undertaking realistic planning in any level of detail four years prior to the start of the six-year planning period. There is also considerable doubt as to the benefits derived in relation to the cost incurred in preparing the program-by-program regional contribution that far in advance of implementation. Medium-term planning is obviously essential, but planning up to nine years in advance of execution truly constitutes a long-term rather than medium-term process.

In the past, it should be noted that in compliance with the same constitutional provision, WHO has had shorter periods of time for the General Program of Work. It may be useful to contemplate reducing that

time period. Also, if there must always be a general program of work separate from a medium-term program, there will obviously be two separate documents. However, perhaps one could limit the General Program of Work by simplifying it to merely the statement of objectives. A more extensive medium-term program could then be prepared much closer to the actual start of the implementation period. Finally, it does seem that it makes very little sense to go through two separate planning processes when the difference between the General Program of Work and the medium-term program is essentially the addition, in the latter, of the statement of activities planned to meet the various targets. Combining these thoughts, perhaps a possible alternative might be a single medium-term program of work prepared to cover two bienniums and prepared no more than two years prior to the start of the four-year period.

With respect to the specific questions that were raised with regard to the formulation and development of pharmaceutical policies, clearly the Organization must not and does not impose policies on any country. On the contrary, we recognize that the realities differ from country to country and that recommendations and actions must be adjusted accordingly, and we respond to the countries' requests for technical cooperation as well as the countries' reflection of their needs in the policies adopted in our Governing Bodies.

I should note that Resolution WHA39.27, approved unanimously last May, endorses the WHO Revised Drug Strategy, and that was endorsed--I believe unanimously--as presented by the Director-General to the Assembly. Included in that document was one of the activities which we then included in our own contribution as the regional contribution to the General Program of Work, which was to specifically support Governments. That perhaps is what is missing in the language in the summary presented to you, "supporting Governments in formulating and implementing national drug policies and action programs in essential drugs." Obviously we are collaborating with Member Countries in this entire process.

With respect to the additional comment on smoking, obviously our concern here is not with commercial regulation, but rather with education and working to ensure that awareness of the harmful effects of smoking by the population in the Region is increased and, in conjunction with the country, to undertake programs of education and action designed to reduce smoking. I should add that the specific language that you read in English is somewhat different in terms of the translation from the original Spanish in the contribution, and we will attempt to adjust that language to ensure that it is clear that what is meant in public health terms is the control of smoking rather than regulation, or concerning activities over which you expressed concern.

With regard to the question raised in terms of health manpower policies being integrated into global health policy, and the question with regard to fellowships, obviously we do believe that health manpower



policies must be an integral part of the global health policy. That is our fundamental goal, and we make every effort to ensure that fellowships are included in that process. In that regard, Member Governments are assisted in preparing plans for the utilization of the resources of the Organization consistent with the global policy and strategy of primary health care as applicable to their own local health conditions and capabilities. This plan, which is reflected within our own programming of technical cooperation, includes fellowships by field of study, timing, duration, and cost. To a very appreciable extent, that is, in the vast majority of cases, the fellowships are implemented as planned. I should add that we do have available copies of the 1985 Fellowships Annual Report which indicates the priority fields in which the fellowships of the Organization were granted in 1985, as well as the distribution among countries. That can be made available.

Finally, with regard to the specific comment concerning AIDS, you are correct in terms of the summary document presented to the Conference; but as you recall from the presentation at the Executive Committee, the summary document is a summary of the objectives and does not include the full situation analysis, targets, approaches, etc. In the fuller document which was made available to WHO there is a clear statement on the AIDS situation and the actions that the Organization proposes to take. That will obviously be part of the overall submission to WHO, and I should add that those activities parallel the WHO global AIDS control program endorsed by the World Health Assembly this year, ranging from intensified surveillance to updating the distribution of guidelines, training clinicians, and advising Member Countries on provision of safe blood products.

With regard to the comments that were made by the Delegate of Chile and also, I think, the Delegate of Cuba with respect to the importance of evaluation, a much more precise evaluation will be based on the next medium-term program of work. One of the problems is, as you noted, that we are in the midst of the Seventh General Program of Work. This is 1986. It will not be completed until 1989. A detailed, precise evaluation of accomplishments carried out toward those targets, presumably, will be much more valuable at the end of that time period. Yet, at this stage, we have to produce the contribution based on the evaluation of the Seventh General Program of Work up to this half-way point, in order to present our contribution for the Eighth General Program of Work for five years into the future. This remains a matter of concern.

The PRESIDENT: Thank you very much. I understand the Director does not want to add anything and we have to wind up very rapidly because, I believe, we are encroaching on the good nature of the interpreters. I will, at this time, ask the Rapporteur to prepare a draft resolution to be distributed at a subsequent plenary session. This ends today's agenda. I will ask the Secretary to make any announcements that we have.

The SECRETARY: Thank you, Mr. President. Very quickly, I would like to remind Heads of Delegation about the private meeting tomorrow morning at 8:00 a.m. in Conference Room B, and I would also like to suggest that we show our appreciation to the interpreters by giving them a round of applause.

(Applause)

(Aplausos)

The PRESIDENT: Thank you very much. I want to thank you very much for dealing so expeditiously with the program. I want to thank the interpreters. Because of their generosity, we are now back on schedule, so we should finish by 12 noon on Saturday. Thank you very much. Until 9:00 a.m. tomorrow!

The session rose at 6:40 p.m.  
Se levanta la sesión a las 6:40 p.m.

SEVENTH PLENARY SESSION  
SEPTIMA SESION PLENARIA

Thursday, 25 September 1986, at 9:00 a.m.  
Jueves, 25 de septiembre de 1986, a las 9:00 a.m.

President:  
Presidente:

Mr. Jake Epp

Canada

The PRESIDENT: Distinguished delegates, members of delegations, ladies and gentlemen, I want to welcome you to this Thursday session of the regional meeting. Before we go any further, let me extend a personal note of thanks to the Delegates of Barbados and Guatemala for taking the responsibilities of the Chair during the period of my absence. That was appreciated and I thank you for it.

Delegates, we have our work plan and agenda before us, but before we begin on the first item of the agenda our Secretary has an announcement or two to make and I'll ask him to do that at this time.

The SECRETARY: Thank you very much, Mr. President. This morning several documents were distributed to you. You have proposed resolution PR/8, concerning the Eighth General Program of Work of WHO, which was prepared last night by the Rapporteur and distributed this morning for consideration at a later plenary session. You have also received the verbatim record of the third plenary session. I would also like to call your attention to the fact that, upon checking the folders that you have in front of you containing the proposed resolutions to be considered this morning, I noticed that at least some of the folders were missing PR/2, the proposed resolution prepared by the Rapporteur on the Annual Report and the Quadrennial Report of the Director of the Pan American Sanitary Bureau. I only found the amendment proposed by the Delegation of the United States of America, which is PR/2, Rev. 1. So please check your folders--this will be the first item of business this morning. Make sure that you have copies of both proposed resolutions. If you do not, please let us know so we can distribute them to you. Thank you very much.

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

The PRESIDENT: Thank you, Mr. Secretary. Delegates, I will be following the regular procedure this morning, namely, I will be asking the Rapporteur to read the proposed resolution and then accept the debate on the amendments. I will start that way, and hope that we can continue that way. The reading of the proposed resolution does help us to focus on them, and since some of you, as the Secretary has mentioned, possibly have not yet had an opportunity to look at the exact wording, the reading

would facilitate that, to some degree at least. I am obviously going to look at the clock fairly closely. If we need to change this procedure we will indicate so in due time. But if we can be governed by our work schedule and the time available, I think that the procedure which has been used before can serve us well again this morning. So I ask the Rapporteur to please read to us proposed resolution PR/2, item number one on our Order of the Day.

Item 3.2: Annual Report, 1985, and Quadrennial Report, 1982-1985, of the Director of the Pan American Sanitary Bureau

Tema 3.2: Informe Anual, 1985, e Informe Cuadrienal, 1982-1985, del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana

El RELATOR: El proyecto de resolución (PR/2) dice así:

THE XXII PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Having seen the Annual Report, 1985, and Quadrennial Report, 1982-1985, of the Director of the Pan American Sanitary Bureau (Official Document 207) on the work of PAHO during the interval between the XXI and XXII Pan American Sanitary Conferences;

Considering that the crisis of the countries in Latin America and the Caribbean profoundly affects the health status of their peoples, and the solutions proposed hitherto have been primarily economic in nature, and have given insufficient attention to the social sector;

Recognizing that the countries face a considerable challenge in the need to upgrade their public administration systems, especially those in the health sector, so that they will function more effectively by using available resources more efficiently;

Aware that the crisis of the international cooperation agencies is rooted in policy changes in the approach to external cooperation on the part of the leading contributing and donor countries, and in deficiencies of the internal management of the international agencies and in how their cooperation is provided to Member Countries;

Considering that in the last four years the Secretariat has made important efforts to cope with the aforementioned problems under the guidance of the working principles laid down in its Regional Budget Policy and in the Managerial Strategy for the Optimal Use of PAHO/WHO Resources in Direct Support to the Member Countries; and

Recognizing that these efforts have been expressed in subregional initiatives on health priorities, in an increase of contacts among countries and institutions, in more effective and substantive mobilization of internal and external resources, and in adjustments within the Secretariat to enhance its efficiency,

RESOLVES:

1. To urge the Member Countries to redouble their efforts to define national policies and priorities for the serious problems of coverage in the health field, inefficient use of resources, and the inequity and high cost of medical care systems, so that the Organization may direct its resources toward measures of highest impact in the advancement of health toward the goal of health for all.

2. To thank the Director of the PASB for the important report on activities in the quadrennium 1982-1985, which attests to the great magnitude of the effort made by the Secretariat to overhaul the operations of PAHO and adjust them to the present situation, while seeking new forms of technical cooperation.

3. To recommend to the Director that he continue his efforts at the highest national and international policy levels to bring about real recognition of the importance of social development as an essential component of economic growth, and therefore of the need to integrate the social sector, and especially health, into overall development plans.

4. To recommend to the Director that the work be continued for development of the Secretariat as a necessary condition for increasing the efficient use of its resources, highlighting as fundamental purposes the strengthening of the planning, programming, monitoring and evaluation system; the deepening of relations with the governments and of their participation in the affairs of the Organization; the improvement of its administrative systems, and modernization of the policies and systems for use of the Organization's own manpower.

5. To request the Director to continue improving the structure and content of its Report so that it may become a fundamental element in evaluating the operations of the Bureau and Organization.

LA XXII CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Visto el Informe Anual, 1985, y el Informe Cuadrienal, 1982-1985, del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana (Documento Oficial 207) sobre las actividades de la OPS durante el período comprendido entre la XXI y la XXII Conferencias Sanitarias Panamericanas;

Considerando que la crisis en la que se encuentran los países de América Latina y el Caribe afecta profundamente la situación de salud de sus pueblos y que las soluciones planteadas hasta el momento son de carácter economicista sin adecuada consideración al sector social;

Reconociendo que se presenta un considerable desafío a los países en la necesidad de adecuar los sistemas administrativos públicos, y en especial los del sector salud para incrementar su efectividad por medio de un uso más eficiente de los recursos disponibles;

Consciente de que la crisis que afecta a los organismos de cooperación internacional tiene sus raíces tanto en cambios políticos del enfoque sobre la cooperación externa de parte de los principales países contribuyentes o donantes, como en deficiencias en la administración interna de los organismos internacionales y en la forma en que su cooperación se presta a los Países Miembros;

Teniendo en cuenta que la Secretaría, durante los últimos cuatro años, ha realizado importantes esfuerzos para enfrentar los problemas antes mencionados bajo la orientación de los principios operativos contenidos en su Política Regional de Presupuesto y en las Estrategias de Gestión para la Utilización Óptima de los Recursos OPS/OMS en Apoyo Directo a los Países, y

Reconociendo que dichos esfuerzos se han manifestado en las iniciativas subregionales sobre prioridades de salud, en el incremento de los contactos, en una más eficaz y efectiva movilización de recursos internos y externos y en los ajustes dentro de la Secretaría para aumentar su eficiencia,

#### RESUELVE:

1. Instar a los Países Miembros que redoblen sus esfuerzos para definir políticas y prioridades nacionales dirigidas a los serios problemas de cobertura en el campo de la salud, del uso ineficiente de recursos, de la inequidad y del alto costo de los sistemas de atención médica, permitiendo de esa forma que la Organización oriente sus recursos a las acciones de mayor impacto en el desarrollo de la salud hacia la meta de salud para todos.

2. Agradecer al Director de la OSP por el importante informe de las actividades en el cuatrienio 1982-1985 el cual demuestra un gran esfuerzo de la Secretaría en transformar y adecuar las acciones de OPS a la situación presente con la búsqueda de nuevas formas de cooperación técnica.

3. Recomendar al Director que continúe sus esfuerzos a los más altos niveles políticos nacionales como internacionales, para lograr el reconocimiento real de la importancia del desarrollo social como componente esencial del crecimiento económico, y por lo tanto de la necesidad de integrar al sector social y en especial a la salud en los planes de desarrollo global.

4. Recomendar al Director que continúe los trabajos orientados al desarrollo de la Secretaría como condición necesaria para lograr incrementar el uso eficiente de sus recursos, resaltándose como fundamentales el fortalecimiento del sistema de planificación, programación, vigilancia y evaluación; la profundización de las relaciones con los gobiernos y de su participación en la vida de la Organización; la adecuación de los sistemas administrativos, y la modernización de las políticas y sistemas relacionados con el uso de los recursos humanos propios de la Organización.

5. Pedir al Director que continúe mejorando la estructura y contenido de su Informe de manera que se convierta en un elemento fundamental en la evaluación de la gestión de la Oficina y de la Organización.

La revisión propuesta, presentada por la Delegación de los Estados Unidos de América (PR/2, Rev. 1), dice así:

THE XXII PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Having seen the Annual Report, 1985, and Quadrennial Report, 1982-1985, of the Director of the Pan American Sanitary Bureau (Official Document 207) on the work of PAHO during the interval between the XXI and XXII Pan American Sanitary Conferences;

Considering that in the last four years the Secretariat has made important efforts to cope with the health problems of the Region and to improve the management of the Organization; and

Recognizing that these efforts have been expressed in subregional initiatives on health priorities, in an increase of contacts among countries and institutions, in more effective and substantive mobilization of internal and external resources, and in adjustments within the Secretariat to enhance its efficiency,

RESOLVES:

1. To thank the Director of the PASB for the important report on activities in the quadrennium 1982-1985, which attests to the great magnitude of the effort made by the Secretariat to improve PAHO health cooperation with Member Countries.

2. To request the Director to continue improving the structure and content of its Report so that it may become a fundamental element in evaluating the operations of the Bureau and Organization.

LA XXII CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Visto el Informe Anual, 1985, y el Informe Cuadrienal, 1982-1985, del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana (Documento Oficial 207) sobre las actividades de la OPS durante el período comprendido entre la XXI y la XXII Conferencias Sanitarias Panamericanas;

Teniendo en cuenta que la Secretaría, durante los últimos cuatro años, ha realizado importantes esfuerzos para enfrentar los problemas de salud de la Región y para mejorar la gestión administrativa de la Organización, y

Reconociendo que dichos esfuerzos se han manifestado en las iniciativas subregionales sobre prioridades de salud, en el incremento de los contactos, en una más eficaz y efectiva movilización de recursos internos y externos y en los ajustes dentro de la Secretaría para aumentar su eficiencia,

RESUELVE:

1. Agradecer al Director de la OSP por el importante informe de las actividades en el cuatrienio 1982-1985, el cual demuestra el gran esfuerzo de la Secretaría por mejorar la cooperación de la OPS con los Países Miembros en materia de salud.

2. Pedir al Director que continúe mejorando la estructura y contenido de su Informe de manera que se convierta en un elemento fundamental en la evaluación de la gestión de la Oficina y de la Organización.

The PRESIDENT: Thank you. Our discussion is on the proposed revision as read out by the Rapporteur. I will call on the Delegate of the United States of America to make the initial comments on the revision.

Mr. BOYER (United States of America): Thank you Mr. Chairman. The issue before us is the report of the Director covering the last four years. However, it seems to me that the resolution that was introduced went far beyond talking about the past, and included a large number of paragraphs which urged the Director to do things in the future, which were things that we had not discussed. It covered things that we will discuss under PR/6, which we will take up in just a few minutes: we will be discussing the program priorities for the next quadrennium, with a lot of advice for the Director and for the Member States on how they should behave. But it seems to me that all we need for a resolution dealing with a report on the past four years is a text thanking the Director for his work and his efforts at the helm of this Organization over the past four years and urging him to continue his efforts in making this report a central element in the evaluation of the Organization's operations. So I have not changed anything; what I have done is reduce a resolution that had 11 long paragraphs to one with five short paragraphs. Thank you.

The PRESIDENT: Who else wants to intervene on this, please? Cuba.

Dr. ANTELO PEREZ (Cuba): Yo estaba revisando la resolución número PR/6, y los elementos que se quitan del proyecto de resolución inicial no aparecen recurridos en esa resolución número PR/6. Considero que la resolución, tal como se presentó, es más completa, porque, si no, quedaría reducida solamente a los comentarios sobre el Director, y creo que hay problemas importantes que se plantean y que debe continuar considerando la Organización para mejorar el trabajo. Y también que es el momento apropiado que tiene la Conferencia para decirle al Director



los criterios que podamos tener sobre cómo mejorar el trabajo y de índole general, por lo que considero, repito, que la primera resolución es más completa que la que ha presentado el Delegado de los Estados Unidos de América. Además, los elementos que él dice que deben ponerse en la resolución número PR/6 no aparecen reflejados en esta, por lo que la Delegación nuestra está de acuerdo con la primera resolución que se presentó.

The PRESIDENT: Thank you. Any other intervention? I don't have an indication of any other intervention. I know our procedure is to ask whether there is any objection; that has obviously been stated and I would suggest, then, that we go to a show of hands on the revision that has been put forward by the Delegation of the United States of America. If that procedure is acceptable, I would ask for a show of hands of those heads of delegation who are in support of the revision PR/2, Rev. 1, presented by the Delegation of the United States of America.

Those in favor please raise your hands. Thank you, hands down.

Those opposed to the revision as presented.

Delegates, there is a 5-5 tie, and according to our rules the motion is then lost. So we are back to the proposed resolution as presented by the Rapporteur. The debate is on the proposed resolution. There has been discussion tangentially, and we will look at the proposed resolution. Are we ready to take a decision? The United States of America, please.

Mr. BOYER (United States of America): I would just raise one point about the resolution, Mr. President. The fourth preambular paragraph talks about deficiencies in the internal management of the international agencies. I assume that that means PAHO. I was not aware that the Director's report talked about deficiencies in this Organization, and I was not aware that the Member Countries wanted to criticize PAHO for its internal management or its deficiencies in internal management. I don't know who authored this proposed resolution, Mr. President, but it doesn't seem to me quite appropriate for the Organization to be approving a resolution with language like that in it.

In relation to the point made by the Minister of Health of Cuba, it is true that proposed resolution PR/6 does not go into detail, but what that proposed resolution does is have the Conference adopt a 14-page paper which is a prescription of what the Organization and the Member States ought to be doing over the next four years. We can't include line by line, word by word, every prescription in a resolution. It seems to me that that resolution adequately covers what we want the Organization to be doing.

The PRESIDENT: Thank you. Any other interventions? I should ask the Delegate of the United States of America whether he is proposing an amendment or making an observation.

Mr. BOYER (United States of America): I was just explaining why we would vote against the proposed resolution.

The PRESIDENT: Thank you. There being no further observations, we will then go on to a decision on the proposed resolution as presented. Are there any objections to the proposed resolution? We will proceed to a vote by show hands. Will those in favor of the proposed resolution PR/2 please raise your hands.

I think we have to get our procedures very clear. I have had a request that the proposed resolution be read again. I apologize to the Delegation of Argentina; I was given the information that everyone had the proposed resolution before them. I think we should understand, as we are going through the proposed resolutions, that obviously delegations must have the resolution before them. The Secretariat will make sure that they are in place and I will give enough time for discussion. But when the vote is called, the Chair intends to go through with the vote, because I think otherwise our procedures become very difficult to manage.

Those in favor of the proposed resolution PR/2, please indicate by a show of hands. Those in favor, please. Thank you, hands down. Those opposed to proposed resolution PR/2, please indicate by a show of hands. Thank you. The proposed resolution has been adopted.

Decision: By 18 votes in favor and two against the proposed resolution was adopted.

Decisión: Con 18 votos a favor y dos en contra se aprueba el proyecto de resolución.

The PRESIDENT: The Delegate of Guyana asked to speak in the middle of the vote, but I did not recognize him. He wanted to make a suggestion. Are you making a suggestion for the further conduct of our business?

Dr. VAN WEST-CHARLES (Guyana): Yes Mr. President, I was about to say that I did not have any difficulty with the resolution in total, but I tend to agree with the Delegate of the United States of America that the fourth preambular paragraph, in the English version, certainly is indeed a little rough.

The PRESIDENT: Excuse me for being short on that. Once the vote has been called, we cannot have discussion on the resolution. I would ask delegates to be prepared with their comments before the Chair calls for the vote.

Dr. VAN WEST-CHARLES (Guyana): That is why I was asking before the vote was taken.

The PRESIDENT: I have two other countries that have indicated they would like to speak. The Delegate of Jamaica.

Dr. BAUGH (Jamaica): Mr. President, I have the same problem as Guyana. Although we did not oppose the resolution in total, we have one or two comments to make. What I want to say is that the proposed amendment by the United States of America was not circulated, because I am unable to find it at my place on my desk, so I really did not have a chance to look at it in some detail. But the vote has been taken and the result will have to stand.

The PRESIDENT: Delegates, I hope we understand that I am not trying to dictate to any member of any Delegation. Let me just read Rule 44 which has been adopted by this Conference, so that we all understand our procedures.

"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."

I will try, as I say, to be as helpful as possible, but I think that if we put forward comments after a vote is taken we will not be helping either our agenda or, more importantly, the work of PAHO.

El Salvador.

Dr. VALDEZ (El Salvador): Quería razonar mi voto. En realidad, yo creo que si se trata de aprobar o de desaprobar un informe no tiene por qué venir con una serie de consideraciones; una resolución tiene que ser lo más corta posible y lo más explícita en lo que quiere decir. Y cuando se dice que se le agradece al Director su excelente informe y se le pide que continúe mejorando, creo que ahí está dicho todo lo que se puede decir sobre si se aprueba o no un informe. Pero aquí, en realidad, es una resolución que se ha aprobado ahora muy contradictoria; por un lado exalta las aptitudes de la Secretaría y por otro dice que es deficiente. Creo que esto se presta a malas interpretaciones si se deja así como está. No sé si será posible volver, a pedir de nuevo que se volviera a votar; según el Artículo 40, creo que sí es posible.

The PRESIDENT: Any other intervention at this time before we continue? Thank you for your help; the Chair will be guided by that.

Item 2.6: Selection of One Member Government Entitled to Designate a Person to Serve on the Joint Coordinating Board of the UNDP/World Bank/WHO Special Program for Research and Training in Tropical Diseases

Tema 2.6: Selección de un Gobierno Miembro facultado para designar a una persona que forme parte de la Junta Mixta de Coordinación del Programa Especial PNUD/Banco Mundial/OMS de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales

The PRESIDENT: Could we then move on to our next order of business, proposed resolution PR/3. We had a distribution problem with the first one. Is there any Delegation that does not have in its possession PR/3? Everyone having received it, I ask the Rapporteur to read out proposed resolution PR/3.

El RELATOR: El proyecto de resolución dice así:

THE XXII PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Bearing in mind that the composition of the Joint Coordinating Board of the UNDP/World Bank/WHO Special Program for Research and Training in Tropical Diseases is to include 12 members selected by the WHO Regional Committees 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, and that one of them must be selected by the Regional Committee for the Americas in 1986 for a three-year term beginning 1 January 1987; and

In view of the outcome of the vote taken to select that country,

RESOLVES:

1. To select the Government of Cuba to designate a representative to serve on the Joint Coordinating Board for three years.
2. To request the Director to inform WHO of this resolution.

LA XXII CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habida cuenta de que la Junta Mixta de Coordinación del Programa Especial PNUD/Banco Mundial/OMS de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales incluye 12 miembros escogidos por los Comités Regionales de la OMS entre los países afectados de manera inmediata por las enfermedades a que se refiere el Programa Especial o los países que faciliten apoyo técnico o científico a dicho programa y que uno de ellos ha de ser escogido este año por el Comité Regional para las Américas por un período de tres años que comienza el 1 de enero de 1987, y

En vista del resultado de la votación realizada para elegir a ese país,

RESUELVE:

1. Elegir al Gobierno de Cuba para que designe a un representante para integrar la Junta Mixta de Coordinación por un período de tres años.
2. Pedir al Director que informe a la OMS sobre esta resolución.

The PRESIDENT: Thank you. No comments? Any interventions on PR/3? Are there any objections? I see no objections, so the resolution is adopted.

Decision: The proposed resolution was unanimously adopted.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución.

- Item 2.7: Selection of Three Members to the Policy and Coordination Advisory Committee of the Special Program of Research, Development and Research Training in Human Reproduction
- Tema 2.7: Selección de tres miembros para integrar el Comité Asesor de Política y Coordinación del Programa Especial de Investigación, Desarrollo y Capacitación en Investigación en Reproducción Humana

The PRESIDENT: Resolution PR/4. Could I please ask the Rapporteur to present that resolution?

El RELATOR: El proyecto de resolución dice así:

THE XXII PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Bearing in mind that the composition of Category B members to the Policy and Coordination Advisory Committee (PCAC) of the Special Program of Research, Development and Research Training in Human Reproduction is to include 12 Member Countries selected by the WHO Regional Committees from among those countries that provide financial and/or technical support to the program, as well as interest in human reproduction, as demonstrated by national policies;

Considering that three Member Countries must be selected with different tenure periods by the Regional Committee for the Americas; and

In view of the outcome of the vote taken to select those countries,

RESOLVES:

1. To select the Government of Argentina for the period starting now and ending 31 December 1988, and the Government of the United States of America for the period starting now and ending 31 December 1989, to serve on the Policy and Coordination Advisory Committee of the Special Program of Research, Development and Research Training in Human Reproduction.

2. To request the Director to inform WHO of this resolution.

## LA XXII CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Teniendo en cuenta que la composición del grupo de miembros de la Categoría B designados para integrar el Comité Asesor en Política y Coordinación del Programa Especial de Investigación, Desarrollo y Capacitación en Investigación en Reproducción Humana debe comprender 12 Países Miembros seleccionados por los Comités Regionales de la OMS entre los que prestan apoyo financiero, técnico o ambas clases al programa y se interesan en la reproducción humana, según lo demuestran en las políticas nacionales;

Considerando que los tres Países Miembros deben ser seleccionados por el Comité Regional para las Américas por diferentes períodos, y

Visto el resultado de la votación realizada para elegir a estos países,

## RESUELVE:

1. Elegir al Gobierno de Argentina para el período que comienza ahora y termina el 31 de diciembre de 1988, y al Gobierno de los Estados Unidos de América para el período que comienza ahora y termina el 31 de diciembre de 1989, para integrar el Comité Asesor en Política y Coordinación del Programa Especial de Investigación, Desarrollo y Capacitación en Investigación en Reproducción Humana.

2. Pedir al Director que informe a la OMS sobre esta resolución.

The PRESIDENT: Thank you. I should have asked before the Rapporteur was invited to read the proposed resolution whether everyone has a copy of that resolution. Everyone has one? I will then call on the distinguished Delegate of Panama.

Dr. REYES-VARGAS (Panamá): Gracias, señor Presidente. Queríamos hacer una observación a la parte del Considerando en la resolución, que me parece que no está clara en relación a la parte resolutive. Primero que, dentro de la reunión informal se estableció, con su asenso, que no se iban a elegir tres países, sino solamente dos, y en la parte considerativa se deja establecido que se van o es necesario elegir tres países. Así que no concuerda la parte del Considerando con la resolutive. Pienso que también pudiera aclararse poniendo un párrafo adicional que diga que se estableció que no era necesario elegir los tres, y eso aclararía la parte resolutive. Gracias, señor Presidente.

The PRESIDENT: The Secretary, please.

The SECRETARY: May I take the liberty of suggesting what may be the easiest way of handling this particular issue? There are only two positions for the Region of the Americas. What we had was three terms of

office. The result combines those three terms of office into the two that we designated, and since AMRO, the Region of the Americas, has only two positions, could I suggest that we change the second paragraph of the preamble to read "Considering that two Member Countries..." and that in the title of the proposed resolution we also change "three" to "two." I would suggest to the Conference that this would solve the problem.

The PRESIDENT: If someone is good enough to make a suggestion, that is just a suggestion first of all. For one to give some instructions, we would need to have someone move that change as an amendment, unless the Conference unanimously so decides, so I will leave that procedural point at the moment. You could think about that while I call on the Delegation of Uruguay, and then I will come back to the other point.

Dr. UGARTE (Uruguay): Señor Presidente, es para hacer referencia a una parte del párrafo primero. Dice elegir al Gobierno de la Argentina para el período que comienza ahora y esta resolución no tiene fecha. Lo que yo estoy sugiriendo es si no es imprescindible que quede constancia de la fecha de comienzo de la resolución.

The PRESIDENT: I will ask the Secretary for an explanation on that point.

The SECRETARY: The answer is that when this resolution is passed it will be dated. Whenever a resolution is adopted it is dated as to the meeting, the plenary session, etc. So the interpretation of this resolution will be from the time of passage.

The PRESIDENT: The Chair recognizes the Delegate of Ecuador.

Dr. BRACHO-OÑA (Ecuador): Señor Presidente, acojo la sugerencia de la Secretaría en el sentido de poner dos en lugar de tres en los dos lugares. Y con ello estaría resuelto todo, si alguien apoya esta moción.

The PRESIDENT: Thank you, that is helpful. Any other interventions?

Could we then take the suggestion of the Secretary, that is, that in the title the word "three" be replaced by "two" and the second paragraph of the preamble should read "Considering that two Member Countries..."? I believe that we could handle this in a unanimous way. Are there any objections to changing those two words to those that I have indicated, which I believe would resolve the issue that so rightly was raised by Panama? Is there unanimous agreement on that?

The Delegate of Brazil.

Dr. FIGUEIRA (Brazil): Senhor Presidente, por uma questão de clareza eu pediria que se lesse a redação definitiva a ser submetida a votação.

The PRESIDENT: Any other interventions? The Rapporteur.

El RELATOR: El proyecto de resolución dice así:

SELECTION OF TWO MEMBERS TO THE POLICY AND COORDINATION  
ADVISORY COMMITTEE OF THE SPECIAL PROGRAM OF RESEARCH,  
DEVELOPMENT AND RESEARCH TRAINING IN HUMAN REPRODUCTION

THE XXII PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Bearing in mind that the composition of Category B members to the Policy and Coordination Advisory Committee (PCAC) of the Special Program of Research, Development and Research Training in Human Reproduction is to include 12 Member Countries selected by the WHO Regional Committees from among those countries that provide financial and/or technical support to the program, as well as interest in human reproduction, as demonstrated by national policies;

Considering that two Member Countries must be selected with different tenure periods by the Regional Committee for the Americas; and

In view of the outcome of the vote taken to select those countries,

RESOLVES:

1. To select the Government of Argentina for the period starting now and ending 31 December 1988, and the Government of the United States of America for the period starting now and ending 31 December 1989, to serve on the Policy and Coordination Advisory Committee of the Special Program of Research, Development and Research Training in Human Reproduction.

2. To request the Director to inform WHO of this resolution.

SELECCION DE DOS MIEMBROS PARA INTEGRAR EL COMITE ASESOR DE  
POLITICA Y COORDINACION DEL PROGRAMA ESPECIAL DE INVESTIGACION,  
DESARROLLO Y CAPACITACION EN INVESTIGACION EN REPRODUCCION HUMANA

LA XXII CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Teniendo en cuenta que la composición del grupo de miembros de la Categoría B designados para integrar el Comité Asesor en Política y Coordinación del Programa Especial de Investigación, Desarrollo y Capacitación en Investigación en Reproducción Humana debe comprender 12 Países Miembros seleccionados por los Comités Regionales de la OMS entre los que prestan apoyo financiero, técnico o ambas clases al programa y se interesan en la reproducción humana, según lo demuestran en las políticas nacionales;



Considerando que los dos Países Miembros deben ser seleccionados por el Comité Regional para las Américas por diferentes períodos, y

Visto el resultado de la votación realizada para elegir a estos países,

**RESUELVE:**

1. Elegir al Gobierno de Argentina para el período que comienza ahora y termina el 31 de diciembre de 1988, y al Gobierno de los Estados Unidos de América para el período que comienza ahora y termina el 31 de diciembre de 1989, para integrar el Comité Asesor en Política y Coordinación del Programa Especial de Investigación, Desarrollo y Capacitación en Investigación en Reproducción Humana.

2. Pedir al Director que informe a la OMS sobre esta resolución.

The PRESIDENT: You have heard the resolution as amended. The Delegate of Brazil.

Dr. FIGUEIRA (Brasil): Senhor Presidente, me parece que essa é a resolução que havia sido inicialmente proposta com a redação original. Eu não percebi onde estão as alterações.

The PRESIDENT: Maybe I could be helpful. If you take a look at the title, the change that is suggested is "Selection of Two Members" at the beginning, and then in the second paragraph of the preamble, "Considering that two Member Countries." That was a suggestion that was made by the Secretary and also by Ecuador. Will that help you? Thank you.

Any other comments? As revised unanimously then. Is there any objection to proposed resolution PR/4. Barbados.

Dr. SIMMONS (Barbados): From a procedural point of view I believe it might need seconding, and if that is the case, I second the resolution.

The PRESIDENT: I am advised that a seconder is not needed on it. Thank you, though, for that point. There being no objections registered, resolution PR/4 is adopted by the Conference, as amended. Thank you.

Decision: The proposed resolution, as amended, was unanimously adopted.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución así enmendado.

Item 3.5: Election of Three Member Governments to the Executive Committee on the Termination of the Periods of Office of Canada, Costa Rica, and Dominica

Tema 3.5: Elección de tres Gobiernos Miembros para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término el mandato de Canadá, Costa Rica y Dominica

El RELATOR: El proyecto de resolución PR/5 dice así:

THE XXII 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 Ecuador, Saint Lucia, and the United States of America were elected to serve on the Executive Committee on the termination of the periods of office of Canada, Costa Rica, and Dominica,

RESOLVES:

1. To declare the Governments of Ecuador, Saint Lucia, 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 Canada, Costa Rica, and Dominica for the services rendered to the Organization during the past three years by their representatives on the Executive Committee.

LA XXII 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 Ecuador, Estados Unidos de América y Santa Lucía han sido elegidos para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término los mandatos de Canadá, Costa Rica y Dominica,

RESUELVE:

1. Declarar a los Gobiernos de Ecuador, Estados Unidos de América y Santa Lucía elegidos para integrar el Comité Ejecutivo por un período de tres años.

2. Agradecer a los Gobiernos de Canadá, Costa Rica y Dominica los servicios prestados a la Organización en los últimos tres años por sus representantes en el Comité Ejecutivo.

The PRESIDENT: Thank you. Any discussion on the proposed resolution before us? Any objections? There being none indicated, proposed resolution PR/5 is adopted as presented.

Decision: The proposed resolution was unanimously adopted.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución.

Item 5.1: Orientation and Program Priorities for PAHO during the Quadrennium 1987-1990

Tema 5.1: Orientación y prioridades programáticas para la OPS en el cuatrienio 1987-1990

The PRESIDENT: May I direct the Conference then to the proposed resolution. You will find this resolution on page 2 of Document CSP22/6, which is under tab 6. We will ask the Rapporteur to read out the resolution and then, following the reading of that resolution, you have in your kits the revision as well, PR/6.

El RELATOR: El proyecto de resolución dice así:

THE XXII PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Having considered Document CSP22/6, "Orientation and Program Priorities for PAHO during the Quadrennium 1987-1990," and the comments of the 97th Meeting of the Executive Committee;

Bearing in mind the constitutional role of the Pan American Sanitary Conference to determine the general policies of the Organization;

Recognizing the benefits of establishing program priorities in order to enhance the mission of the Organization, to strengthen technical cooperation, and to guide the allocation of available resources within the context of the PAHO/WHO Strategies for Health for All for the Year 2000 (HFA/2000), the Plan of Action for the Implementation of the Regional Strategies for HFA/2000, the Management Strategy for the Optimum Use of PAHO's Resources, and the Regional Program Budget Policy; and

Taking note of Health Conditions in the Americas, 1981-1984, and recognizing the current financial situation of the Organization,

RESOLVES:

1. To adopt the document "Orientation and Program Priorities for PAHO during the Quadrennium 1987-1990," presented by the Director to the XXII Pan American Sanitary Conference.

2. To request the Director:

a) To transmit the document "Orientation and Program Priorities for PAHO during the Quadrennium 1987-1990" to the Member Countries;

- b) To apply the program priorities contained therein in the formulation of the biennial regular program budget proposals and in the approval of annual operating program budgets during the quadrennium 1987-1990.

3. To request the Member Countries to adopt the Organization's program priorities for the quadrennium 1987-1990 in the development of their country program proposals for technical cooperation during the years cited.

4. To request the Director to transmit the document to the Director-General of WHO for his consideration.

#### LA XXII CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo considerado el Documento CSP22/6 titulado "Orientación y Prioridades Programáticas para la OPS en el Cuadrienio 1987-1990", y los comentarios de la 97a Reunión del Comité Ejecutivo;

Habida cuenta de la función constitucional de la Conferencia Sanitaria Panamericana para determinar las políticas generales de la Organización;

Reconociendo los beneficios que reporta el establecimiento de prioridades programáticas a fin de realizar la misión de la Organización, fortalecer la cooperación técnica y encauzar la distribución de los recursos disponibles dentro del contexto de las Estrategias de la OPS/OMS para Alcanzar la Salud para Todos en el Año 2000 (SPT/2000), el Plan de Acción para la Instrumentación de las Estrategias Regionales para la SPT/2000, la Estrategia de Gestión para el Uso Óptimo de los Recursos de la OPS, y la Política Regional de Presupuesto por Programas, y

Tomando nota de las Condiciones de Salud de las Américas, 1981-1984, y reconociendo la situación financiera actual de la Organización,

#### RESUELVE:

1. Adoptar el documento titulado, "Orientación y Prioridades Programáticas para la OPS en el Cuadrienio 1987-1990", presentado por el Director a la XXII Conferencia Sanitaria Panamericana.

2. Pedir al Director que:

- a) Transmita el documento titulado "Orientación y Prioridades Programáticas para la OPS en el Cuadrienio 1987-1990" a los Gobiernos Miembros;

- b) Aplique las prioridades programáticas allí contenidas en la formulación de propuestas para el presupuesto bienal ordinario por programas y en la aprobación de presupuestos anuales de operaciones por programa en el cuatrienio 1987-1990.

3. Solicitar a los Países Miembros que adopten las prioridades programáticas de la Organización para el cuatrienio 1987-1990 al formular las respectivas propuestas de programas de cooperación técnica durante los años citados.

4. Pedir al Director que transmita el documento al Director General de la OMS para su consideración.

La enmienda propuesta por la Delegación del Canadá (PR/6) al proyecto de resolución contenido en el Documento CSP22/6 mantiene el preámbulo inalterado, y en su parte resolutive dice lo siguiente:

"1. To adopt the document 'Orientation and Program Priorities for PAHO during the Quadrennium 1987-1990,' presented by the Director to the XXII Pan American Sanitary Conference.

2. To request the Director:

- a) To consider the four program areas listed hereafter as the core elements of the priorities indicated in the document.
- b) To use the Organization's technical and financial resources primarily in support of Member-Country plans to
  - i) develop health services infrastructures;
  - ii) develop the health sector's financial analysis and resource management capabilities;
  - iii) improve national health information systems; and
  - iv) define the roles of health workers and integrate health manpower education and training.
- c) To take account of the program areas listed in b) above in the formulation of the biennial regular program budget proposals and in the approval of annual operating program budgets during the quadrennium 1987-1990.
- d) To transmit the document 'Orientation and Program Priorities for PAHO during the Quadrennium 1987-1990' to the Member Countries.

3. To request the Member Countries to adopt the Organization's program priorities for the quadrennium 1987-1990 in the development of their country program proposals for technical cooperation during the years cited.

4. To request the Director to transmit the document to the Director-General of WHO for his consideration."

"1. Aprobar el documento titulado 'Orientación y prioridades programáticas para la OPS en el cuatrienio 1987-1990', presentado por el Director a la XXII Conferencia Sanitaria Panamericana.

2. Pedir al Director que:

a) Considere elementos fundamentales de las prioridades indicadas en el documento las cuatro áreas programáticas enumeradas a continuación.

b) Utilice los recursos técnicos y financieros de la Organización para apoyar primordialmente los planes de los Países Miembros destinados a:

i) establecer infraestructuras para los servicios de salud;

ii) impulsar la capacidad de análisis financiero y de administración de recursos del sector salud;

iii) perfeccionar los sistemas nacionales de información en materia de salud, y

iv) definir las diversas funciones de los trabajadores de salud e integrar la educación y capacitación del personal de salud.

c) Téngase en cuenta las áreas programáticas enumeradas anteriormente en el inciso b) al formular las propuestas para el presupuesto bienal ordinario por programas y al aprobar los presupuestos anuales de operaciones por programa en el cuatrienio 1987-1990.

d) Transmita a los Países Miembros el documento titulado 'Orientación y prioridades programáticas para la OPS en el cuatrienio 1987-1990'.

3. Pedir a los Países Miembros que adopten las prioridades programáticas de la Organización para el cuatrienio 1987-1990 al formular las respectivas propuestas de programa de cooperación técnica durante los años citados.

4. Pedir al Director que transmita el documento al Director General de la OMS para su consideración".

The PRESIDENT: Thank you. What we are discussing is the proposed revision. That is what is now before the meeting, and I would ask whether Canada would like to speak to its revision at this time.

Mr. PREFONTAINE (Canada): Thank you, Mr. President. Just to say very simply that this member of the Canadian Delegation worked with the members of the Executive Committee's Subcommittee on Planning and Programming rather hard and likes the end-product that has come out in CSP22/6. We think it is a very important first step in bringing all the actors in the PAHO network together focused on what are certainly the most important purposes the Organization is pursuing, or is proposing to pursue, over the coming four years. So the Canadian Delegation thought that we should build on something very solid, which is the 14-page document listed as CSP22/6, and crisp, sharpen the targets so that all health managers in the Hemisphere would understand them clearly, and this is the intent of the suggested draft amendment, Mr. President.

The PRESIDENT: Thank you, I would then recognize the Delegate of Panama.

Dr. MOLTO (Panamá): Gracias, Sr. Presidente. Queríamos también hacer alguna observación en relación a este proyecto de resolución PR/6. En principio estamos de acuerdo con la enmienda que introduce la Delegación del Canadá, le da mayor alcance y una mayor explicación al espíritu de lo que queremos decir en la resolución. Pero me confundo a la hora de ver la propuesta, cuando en el acápite 2 nos pide--le pide al Director--que considere elementos fundamentales de las prioridades indicadas en el documento, las cuatro áreas programáticas enumeradas a continuación, y a continuación hay otra solicitud de que utilice los recursos técnicos y financieros de la Organización para apoyar primordialmente los planes de los Países Miembros, designados a cuatro áreas.

Yo quisiera solicitarle a la Delegación del Canadá una aclaración sobre si las cuatro áreas prioritarias que se establecen en la parte a) son exactamente las mismas que se indican en la parte b). Si fuese así, posiblemente fuera conveniente hacer un solo párrafo o una sola solicitud, que pudiera decir que considere elementos fundamentales de las prioridades indicadas en el documento y utilice los recursos financieros de la Organización para apoyar primordialmente los planes de los Países Miembros en las cuatro áreas que a continuación se describen. Gracias, señor Presidente.

The PRESIDENT: Thank you. For clarification only, I ask the Canadian Delegation to answer the question of the Delegate of Panama, on whether the four program areas are the same as the four identified in paragraph 2(b) of PR/6.

Mr. PREFONTAINE (Canada): Yes, what are listed under (b) are the four elements described today--they are one and the same. The drafting could be improved, I agree.

The PRESIDENT: Thank you. The Chair recognizes the Delegate of Ecuador.

Dr. BRACHO-OÑA (Ecuador): Sr. Presidente. Había tenido la misma inquietud que Panamá. Realmente, cuando se dice cuatro áreas programáticas en la letra a), "cuatro áreas programáticas enumeradas a continuación", lo que viene a continuación no tiene nada que ver. Las cuatro áreas programáticas son i), ii), iii) y iv), evidentemente, pero uniendo a) y b) en una sola, y sin poner "a continuación" estaríamos resolviendo el problema.

The PRESIDENT: Thank you. I now recognize El Salvador. If it is on the same point, then we will try to get some clarification. El Salvador.

Dr. VALDEZ (El Salvador): Sí, yo estoy de acuerdo con la enmienda presentada por el Gobierno del Canadá, porque define con más claridad a dónde deben dirigirse las acciones de la Oficina Sanitaria Panamericana. Pero yo no sé si en inglés "aprobar" tiene el mismo sentido que en español. Cuando nosotros aprobamos en español, pues decimos que estamos de acuerdo. Pero cuando, como decía la versión original "adoptamos", adquirimos inmediatamente la responsabilidad de llevar a cabo la acción. Pienso que quedaría mejor "adoptar" que "aprobar".

The PRESIDENT: I will continue with the interventions. These matters are being noted and we will come back to you. I recognize the Delegate of Nicaragua.

Dr. SAMPSON (Nicaragua): Una duda y una inquietud. Y es que aquí estamos nosotros planteando, por ejemplo, cómo definir las diversas funciones de los trabajadores de salud e integrar la educación y la capacitación del personal de salud; hablamos también particularmente de los análisis financieros, y tenemos algunas cuestiones más generales, como establecer la infraestructura, que encierra diferentes aspectos del quehacer de la salud. Pero no aparece un elemento que para nosotros es esencial, como es la participación y la educación popular.

Creo que el promover la participación y la educación popular en los servicios de salud define o determina una diferencia esencial en esos sistemas de salud. E incluso en el documento no aparece específicamente. Entiendo que está implícito, en todo él, y así, como se dijo ayer, estas son líneas de acción que los gobiernos van a ir implementando, pero me parece que, por su importancia, la participación y la educación popular debería ser una de las áreas programáticas de este plan cuatrienal. Gracias.

The PRESIDENT: Thank you. The Delegate of Chile.



Dr. BORGONO (Chile): Gracias, Sr. Presidente. Yo creo que esta resolución es bastante importante y debiera ser examinada con bastante detalle. Si bien es cierto que el preámbulo expresa los documentos anteriores que los Cuerpos Directivos de esta Organización han aprobado y que tienen que ser considerados para el cumplimiento de la meta de salud para todos en el año 2000, la parte resolutive de la enmienda del Canadá, para una persona que no está interiorizada en el tema, parece ser restrictiva en relación a otros aspectos importantes del Plan de Acción y de las Estrategias.

Ya ha mencionado el Delegado de Nicaragua la participación comunitaria, y creo que en la parte resolutive, debiera especificarse. Alguien me dijo ayer también que parecería que los ancianos no tienen ninguna prioridad, porque las prioridades comienzan en los niños y terminan en los niños. Entonces, me parece que la interpretación de esta resolución, que tiene trascendencia, debiera ser lo más precisa y específica respecto de lo que queremos realmente tener. Y no podemos olvidar, porque lo dejemos en el preámbulo no es cierto? todos los documentos aprobados, que son tan importantes o más importantes que el documento que se está adoptando o aprobando según sea la resolución definitiva. Por eso, considero que podría ser que en el punto c) de la enmienda del Canadá se pudiera agregar algo como lo siguiente: que se tenga en cuenta el cumplimiento de las metas del Plan de Acción para la Instrumentación de las Estrategias Regionales de Salud para Todos en el Año 2000, y las áreas programáticas enumeradas anteriormente. Y eso le dará un espectro que cada país tendrá que reflejar en sus propios presupuestos.

Tenemos que reconocer que la Región de las Américas no es homogénea en sus prioridades, en sus problemas, aun cuando hay una gran mayoría de países que tienen problemas prioritarios comunes. Y, por lo tanto, la resolución no puede ser restrictiva y hacer que uno no esté cumpliendo con el punto c), porque tiene otros problemas en la formulación de colaboración técnica, y por eso creo que es indispensable poner ese punto en la forma que he señalado, o decirlo en otro punto. Y si van a haber otras sugerencias, a lo mejor sería bueno forma un grupo de trabajo para tener una resolución que, dada su importancia, conforme a todos. Muchas gracias, señor Presidente.

The PRESIDENT: Thank you. I know this resolution is extremely important and needs our attention as you have indicated. The Chair would be grateful if you could convey to us in writing the possible wording that you suggested would be helpful. I think that, for us, what might be best would be to take the next 10 minutes for interventions and suggestions and then appoint a working group during the coffee break to see if we can amalgamate the best thoughts that have been put forward. So, with that process in mind, could I then recognize Guyana, please?

Dr. VAN WEST-CHARLES (Guyana): I think we are running into the difficulty of trying to summarize the programs. If one looks at the document there are some basic focal points of the transformation and, to

my mind, what I think the Delegation of Canada tried to do was probably to highlight some of the medium-term benchmarks. But in doing so, many points were left out. For example, if one looks at the general point of providing responses to priority health problems present in vulnerable groups, specific programs, this does not come into the amended resolution. So we run the risk of omitting some of the important points in the resolution. Listening to Chile's amendment, that seems more amenable to trying to arrive at a consensus, but still referring to the main or the general objectives which are stated in the original document. I do not think we should try to change the general objectives because, as was said, the group is not a homogeneous group. There are many different programs.

The PRESIDENT. Thank you. The Delegation of Cuba, please.

Dr. ANTELO PEREZ (Cuba): La Delegación nuestra está de acuerdo, en general, con la proposición que hizo la Delegación del Canadá, para poder ser más específicos en los puntos de la resolución. Nosotros teníamos una observación que pensábamos se había quedado fuera de la resolución, y que bien podía ser un punto adicional al párrafo "a)" que se uniría con el párrafo "b)", según planteó la Delegación de Nicaragua. Pero viendo el desarrollo de la discusión, pienso que son elementos del punto 1 que se han quedado sin ampliarlos un poco más. Porque, cuando hablamos de infraestructura de salud, se abarca todo no?--recursos materiales, humanos, participación popular--pero creo que debería quedar explícito un poquito más este punto, y hablar sobre las políticas de desarrollo, la producción, y la incorporación, la utilización de tecnología, insumo crítico para la prestación de los servicios de salud.

Por eso creo que, con este grupo de trabajo que se estaba planteando, se podrían incorporar estos elementos de insumo críticos que hacen falta para el desarrollo de los programas y que se deben tener en cuenta a la hora de su planificación. Creo que no merece la pena incorporar un nuevo punto, sino ampliar ese punto 1, y quedaría mucho más completo con las observaciones que hacía Nicaragua sobre la participación popular, y con otros elementos más, para dejarlo más completo.

The PRESIDENT: Thank you. I recognize the Delegate of the United States of America.

Mr. BOYER (United States of America): Thank you Mr. President. I have been trying to compare paragraph 2(b) with the program and budget outline that was presented to us under tab 20, in particular the part of the budget outline beginning on page 7 of Document CE97/25. As I read these four different categories, it seems to me they all fit into the section of the budget which is called "Health System Infrastructure." Under the current biennial budget, we are giving 37.6% of the budget to that category. Under the proposal for 1988-1989, we are giving 37.3%. In fact, the proportion is going down. Now, this resolution, in operative paragraph 2(c), asks the Organization to use its technical and

financial resources primarily in these four areas. Perhaps I misunderstand the intention of the Delegation of Canada, but it seems to me that, if we are now putting only 37% of the budget into those categories, and you are asking us now primarily to support those four categories, it is asking for a major revision of the way the Organization operates. I would not deny that these are very important tasks that need a lot more attention from the Member States and by the Organization. I just wonder whether perhaps I have misinterpreted what the Delegation of Canada has proposed. Perhaps the Delegation might explain how these four were chosen and what the intention is, especially with the use of resources primarily in support of these four categories.

The PRESIDENT: Thank you. Could we have a clarification on that specific point only, Canada?

Mr. PREFONTAINE (Canada): Thank you Mr. President. The reason why it is structured as it is is simply that, from the discussions in the Subcommittee on Planning and Programming, this member of the Canadian Delegation very subjectively got the notion that these were the areas which needed more attention. I must recognize that, as I drafted this overnight, I did not compare or go back to the budget document to check what the Delegate of the United States of America has now done, which is very useful. So I think that that establishes, however, if Members are in agreement, that we should "flag" some two, three, or four areas. You know, if the four points listed here, or the first three at least, shift into infrastructure, one could say, O.K., let's, within the working group you proposed Mr. President, review whether we should not also be doing something about services, and whether in fact, as pointed out by the Delegate of the United States of America, we are in the coming biennium slicing into the financial support we are giving health systems. Perhaps this establishes something which the working group should look at very carefully: whether over the coming four years we might not correct, or try to correct, a bit of the orientation.

The PRESIDENT: Thank you for that clarification. Saint Lucia, please.

Dr. HAYES-MASON (Saint Lucia): Mr. President, the original document upon which this resolution is based identifies six areas of priority, as one reads pages 6 and 7 of that document. It would appear to me that what the Delegation of Canada is trying to do is to paraphrase those six areas of priority into what they consider to be the four more important areas of priority. Since the original document is the basis of this resolution, one would then have to ask whether perhaps it might not be a good thing to mention the six areas of priority as outlined in the document instead of trying just to select four, or to condense the six into four. Instead of mentioning just four, in paragraph 2(b) mention all of them--mention the other two areas in the original document. If we try to do otherwise, it would mean that we are trying to amend the document which forms the basis of this resolution, and can we do that? We have a paper before us. The resolution must conform with the paper.

Therefore, the only thing I see is that we should identify in 2(b) the other two areas of priority which are contained in the document, and that might solve the whole problem.

The PRESIDENT: Thank you. These suggestions are being noted. The Delegation of Trinidad and Tobago.

Dr. SEALEY (Trinidad and Tobago): Thank you Mr. President. I would just like to follow up on the points mentioned by the Delegate of Saint Lucia, to point out that, whereas the components of priority 1 are underlined in the document, and there are six of these, it must be recognized that the components of the other two priority areas are in fact not underlined. So what we have here is a summary of priority area 1, and we have not dealt with the other two priority areas in the resolution that we have before us. So we are in fact making priority 1(b) top priority, and then taking elements within that, and I think that is not what the document intended to do.

The PRESIDENT: Thank you. Any other interventions or suggestions at this time? There being none, I would make the following suggestion to the Conference: the suggestions that have been made have been noted, and it would be the Chair's recommendation to the Conference that a working group be established to re-examine the resolutions in view of the suggestions that have been made. I would suggest that the working group be composed of the following countries: Chile, Guyana, Cuba, United States of America, and the proposer of the revision, Canada. If that is acceptable to the Conference, we will ask our colleagues to proceed with that work. And I should, of course, mention that the Rapporteur is an ex officio member of that group. Is that acceptable to the Conference? Thank you for your help. All of us, I think, have very carefully noted what was before us in an attempt to put forward the very best resolution, and we thank you for that. We will now recess for coffee and then take up the other resolutions.

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.

The PRESIDENT: Delegates, there have been discussions regarding our agenda. The working group will need more time to continue its work on the proposed resolution we asked them to complete. Also, another proposed resolution has been circulated and will be taken up this afternoon on the basis of the notice period. And so what we will do, in order to preserve time and allow the other work to go forward, is to bring back those proposed resolutions this afternoon, when there is a period of time for them, and we will now, with your concurrence, move to items 5.4, 5.5 and 5.6, which are scheduled for this morning as well. This will enable us to continue to work on the agenda, as well as on the proposed resolutions. If that is acceptable to the Conference, we will proceed in that way.

ITEM 5.4: CARIBBEAN COOPERATION IN HEALTH  
TEMA 5.4: COOPERACION PARA LA SALUD EN LA ZONA DEL CARIBE

The PRESIDENT: I call your attention, Delegates, to item 5.4, which you will find in Document CSP22/25, entitled "Caribbean Cooperation in Health." I would ask Dr. Norman Gay, Representing the Executive Committee, to present the report at this time.

Dr. GAY (Chairman of the Executive Committee): Mr. President, the Executive Committee was informed in detail about the initiative for health in the Caribbean, "Caribbean Cooperation in Health," formulated by PAHO and the Caribbean Community, CARICOM, on the initiative of the Ninth Meeting of the Conference of Ministers Responsible for Health in the Caribbean, held in Dominica in 1984. The interesting discussion that ensued brought out that PAHO was playing an important role in this joint PAHO/CARICOM initiative; that the mistakes and successes of a similar plan going forward in Central America and Panama could be very valuable; and that measures would be taken to improve the formulation and execution of projects. As a matter of fact, we were very pleased with the sentiments expressed by members. Reference is also made to the fortunate position of Belize, which is already benefiting from the plan for Central America and will benefit from the new plan for the Caribbean, and would probably help to benefit it. Mention is also made of the catalytic effect that the funds allocated for technical cooperation among developing countries for the 1986-1987 biennium will have on the activities of special importance for the success of the initiative for the Caribbean; to the need to make vector control a joint enterprise; and to the benefits that would accrue from a cooperative approach to problems.

The outcome of our extensive discussion was the approval of Resolution VIII, in which the 97th Meeting of the Executive Committee suggests to the XXII Pan American Sanitary Conference that it approve a resolution endorsing the initiative known as "Caribbean Cooperation in Health," and request the Member Countries to help CARICOM and the Ministries of Health in the implementation of this initiative, encouraging the member countries of the Caribbean subregion to consider this cooperation plan as a focal point for their technical cooperation activities, and request our Director to support the initiative, to cooperate with CARICOM and the member countries of the subregion, to report on the activities undertaken, and to try and enlist the support of other agencies for this initiative. Finally, the resolution requests the Director to inform the Director-General of WHO on this initiative and to request his support for it.

The PRESIDENT: Thank you Dr. Gay, for your presentation of the Executive Committee's report. I now recognize Cuba.

Dr. MENCHACA (Cuba): Muchas gracias, señor Presidente. Muy brevemente, mi Delegación quisiera expresar el apoyo del Gobierno de Cuba a esta iniciativa de cooperación en salud en la zona del Caribe. La

cercanía geográfica de nuestro país con la Comunidad del Caribe (CARICOM) de habla inglesa, los nexos históricos, la condición de isla y los objetivos por elevar la calidad de la vida constituyen elementos comunes que facilitan la cooperación en la esfera de la salud.

Por todo ello, nos resulta particularmente interesante el desarrollo de los programas de cooperación basado en las prioridades que CARICOM y la Organización han establecido. Ya desde finales del pasado año nuestro país hizo llegar al Director de la Organización nuestra disposición de ofrecer cooperación a los países de la zona del Caribe en los siguientes aspectos: suministro de medicamentos esenciales, formación de brigadas sanitarias, asesoría en estomatología preventiva y curativa, asesorías en programas de control de enfermedades prevenibles y sistemas de vigilancia epidemiológica, cursos de adiestramiento en el servicio y de posgrado y atención de enfermos en Cuba.

A nadie escapa el esfuerzo que conlleva para un país en desarrollo cualquier oferta de cooperación, pero es precisamente ese desprendimiento lo que ennoblece la cooperación técnica entre países en desarrollo, como es el caso que estamos analizando. Consideramos que la Organización no debe cesar en su empeño de promover esta iniciativa en favor del programa entre los países y los organismos internacionales. Saludamos y respaldamos calurosamente esta iniciativa. Muchas gracias.

The PRESIDENT: The Chair recognizes Trinidad and Tobago.

Dr. ECKSTEIN (Trinidad and Tobago): Mr. President, the Delegation of Trinidad and Tobago has carefully studied the proposal entitled "Caribbean Cooperation in Health." We wish at the outset to correct any misconception which this title might unwittingly convey to the Delegates --that this initiative represents the first attempt at cooperation in health among Caribbean countries. If this were so, this would represent a serious criticism indeed of countries that have shared a common history, a common language and, as it happens, the same geographic area--the Caribbean Sea. Mr. President, the countries of this subregion have a rich history, that dates back many years, of cooperation in health. We are at present signatories to a treaty establishing an economic union known as CARICOM, the provisions of which treaty allow for functional cooperation in technical matters including health.

Collaboration among the Caribbean countries is well known and takes place primarily through subregional institutions, like the University of the West Indies, the Caribbean Epidemiology Center, the Caribbean Food and Nutrition Institute, and the Caribbean Regional Drug Testing Laboratory. But there are other areas not so well known, in nursing, in radiography, medical research and environmental health, including solid waste management and water resources management. However, this cooperation has been limited by the technical and financial resources available within this subregion. These are extremely limited in terms of what is needed to solve our health problems and bring us

nearer to the goal of health for all by the year 2000. It is interesting to note that whenever we, especially we in Trinidad and Tobago, have expanded this cooperation in health to countries or agencies outside the subregion, it is usually with those with whom we share a common language, and sometimes even a common historical experience. What is significant, therefore, about this new initiative for Caribbean Cooperation in Health, to be conducted under the auspices of PAHO and the CARICOM Secretariat, is that it offers an opportunity to expand this cooperation to include all Member Countries of this Organization.

As I look across this room from where I sit, I note that Trinidad and Tobago has had no technical cooperation whatever in health with El Salvador, Guatemala, Costa Rica, Mexico, Brazil or Nicaragua, even though we are all members of this Organization, PAHO, which, within the World Health Organization, has the responsibility of organizing the activities of health for all the countries of the Region of the Americas.

An event that dramatically demonstrates the lack of technical cooperation with our neighbors was the recent three-day state visit by the Venezuelan President, Dr. Lucinchi, to Trinidad and Tobago. It was the first-ever visit by a President of Venezuela--a mere seven miles away--to our country. When he visited our medical facilities, the President commented on the need to establish technical cooperation in health between the two countries. And so, Mr. President, this is one of the mutual benefits which might accrue over the next three years from this PAHO initiative. PAHO will, we trust, serve to reverse the legacies of colonialism, and act as a catalyst in expanding the number of countries and the resource bases which could be pressed into this worthwhile activity of Caribbean cooperation and health. Countries outside the subregion but within the Region will get an opportunity to address the Caribbean health needs through a common plan.

The Delegation of Trinidad and Tobago, therefore, would like to congratulate the Director of PAHO once again for his stimulating leadership in developing mechanisms to improve possibilities for technical cooperation and health among Caribbean countries, and congratulate the Secretariat of both PAHO and CARICOM for their work. We think that the network of national and regional institutions already in place is a firm foundation on which to build future technical cooperation. Trinidad and Tobago does fully support this resolution to launch Caribbean Cooperation in Health under the auspices of PAHO.

The PRESIDENT: Thank you for that presentation. The Chair recognizes the Delegation of Chile.

Dr. BORGÑO (Chile): Muchas gracias, señor Presidente. Nosotros quisiéramos dar nuestro más amplio apoyo a esta iniciativa. No solamente desde el punto de vista bilateral con los países, sino desde el punto de vista de la Organización. Y creo que nuestra experiencia en el CAREC y la que se tiene a través del Centro de Nutrición en Jamaica están

señalando, lo mismo que los programas de CARICOM, las posibilidades importantes de esta iniciativa en cuanto a salud, que no solamente va a ser de relevancia para los países del Caribe a fin de lograr la salud para todos en el año 2000, sino también como una enseñanza para los que quisiéramos colaborar sobre problemas que no son siempre los mismos, como tampoco son siempre las mismas las metodologías, ni las estrategias que hay que emplear, dado el hecho ecológico en que se desarrollan los procesos culturales, etc. Por lo tanto nos parece de la más amplia importancia--y creo que hay fundamentos para estar optimista--no solamente la coordinación que los países del Caribe ya están obteniendo en muchas iniciativas, sino también el que la Organización ha dado a esta área, a través del Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC) y del Centro de Nutrición del Caribe, un amplio respaldo.

Nos merece aprobación con entusiasmo la resolución que se nos propone. Muchas gracias, señor Presidente.

The PRESIDENT: Gracias. The Delegation of Nicaragua.

Dr. SAMPSON (Nicaragua): Señor Presidente, la Delegación de Nicaragua apoya y saluda con mucho beneplácito la iniciativa en materia de salud, iluminada por la cooperación de salud en la zona del Caribe. Como centroamericanos, estamos viviendo la experiencia del Plan de Prioridades para Centro América y Panamá, y estamos plenamente convencidos de que este tipo de cooperación entre países con una historia común y similares características económicas y culturales, para la resolución de los problemas de salud, estimula una mejor utilización de la capacidad instalada y de los recursos humanos, fortalece la organización de las instituciones de salud y, sobre todo, promueve una más estrecha relación entre los pueblos y gobiernos comprometidos en esta iniciativa. Gracias.

The PRESIDENT: The Delegate of France, s'il vous plait.

Dr. DEMEULEMEESTER (France): L'initiative caraïbe nous paraît très importante, et nous l'appuyons entièrement. La France accorde dans le cadre de ses accords de coopération une importance toute particulière à la zone des Antilles. C'est ainsi que la coopération avec Haïti qui était de tradition dans le domaine de l'enseignement, de la médecine et de l'informatique, est intensifiée dans le domaine de la santé publique et de la formation du personnel de santé et sera encore étendue, compte tenu de la volonté politique des responsables de ce pays de favoriser ce type de coopération. Il existe également des échanges franco-cubains qui sont marqués par une coopération de haut niveau technique sur des problèmes de santé spécifiques de la région.

Dans la zone des îles anglophones qui fait plus particulièrement l'objet de ce point de l'ordre du jour, la coopération bilatérale se traduit par la présence de coopérants français: médecins, dentistes ou pharmaciens, le soutien en équipement médical et un projet de



construction. Une coopération plus informelle avec les pays voisins de la Martinique et de la Guadeloupe se manifestent également par l'activité d'associations non gouvernementales locales. Enfin, l'hospitalisation de façon non officielle de ressortissants des pays voisins en Guadeloupe ou en Martinique constitue également une participation indirecte de notre pays.

C'est pourquoi c'est avec beaucoup d'intérêt que nous voyons se développer la coopération sanitaire dans la zone caraïbe et mon gouvernement m'a chargé de faire savoir qu'il serait prêt à étudier éventuellement d'autres formes de coopération avec les pays de la Caraïbe anglophone, notamment dans les domaines du médicament, de l'appui aux centres de santé périphériques, de l'amélioration des prestations hospitalières conçues comme intégrées à un système pyramidal de soins, et de la connaissance épidémiologique. Je vous remercie.

PRESIDENT: Merci. The Delegate of Ecuador.

Dr. BRACHO-OÑA (Ecuador): Miren los aplausos que han recibido los distinguidos colegas que forman la agrupación de países del Caribe. Ciertamente, es muy edificante esta magnífica labor que están llevando a cabo. Primero, unirse, y luego enfrentar unidos profundamente una lucha que todos compartimos. Yo quiero muy respetuosamente--en el momento de felicitar y desear todo el éxito a esa unión y de que reciba todo nuestro beneplácito--hacer notar, repito muy respetuosamente, a mis colegas del Pacto Andino, que, estando tan unidos, teniendo cada uno de nosotros fronteras comunes, a veces no hemos actuado con tanta precisión y seguridad. Quizá con este estímulo nos unamos nosotros un poco más. Gracias, señor Presidente.

The PRESIDENT: Gracias. The Delegate of Suriname.

Dr. JESSURUN (Suriname): I have taken the floor to endorse the proposed resolution contained in Document CSP22/25 and to recommend its adoption by the Conference. Although Suriname is not specifically listed among the countries involved in Caribbean Cooperation in Health, we would like you to take note of the fact that we have a long-standing tradition of cooperation with the Caribbean. Formal relationships exist as, for example, our membership of CAREC, as well as informal connections. It is our intention to intensify these connections. We pledge whatever limited resources we have available in support of this initiative and look forward to close mutual cooperation in health with the countries of the Caribbean.

The PRESIDENT: The Delegate of El Salvador.

Dr. VALDEZ (El Salvador): Muchas gracias, señor Presidente. Los países de Centroamérica y Panamá, y en este caso creo interpretar el sentir de mis otros colegas, nos sentimos muy complacidos de ver que los países del Caribe han tomado el camino que nosotros ya estamos

recorriendo y en el cual les deseamos mucho éxito. Países pequeños como los nuestros se benefician enormemente cuando aúnan sus esfuerzos para lograr un mejor nivel de vida en sus poblaciones. Es por eso por lo que apoyamos plenamente la idea, y estamos dispuestos a proporcionarles todas nuestras experiencias, tanto positivas como negativas, para que les sea más fácil el camino.

The PRESIDENT: Gracias. The Delegation of the United States of America.

Ms. FEENEY (United States of America): My Delegation would like to congratulate PAHO, the Caribbean countries, and CARICOM for their efforts in developing this initiative. The targeting of six specific priorities areas is very important in seeking donor support. In regard to seeking such support however, we would recommend that the Pan American Health Organization and country staff consider developing short, three-to-five-page concept papers with a tentative budget, rather than spend a lot of time developing complete project proposals and budgets that may or may not be funded. Concept papers are very useful in preliminary dialogues with both traditional and non-traditional donors regarding new initiatives or follow-on activities. Development of complete project proposals after dialogue based on concept papers can save considerable time.

On page 4 of the document we see that PAHO proposes to hold seminars in each country. A subregional workshop on this subject has already been held by the Caribbean Development Bank. Has an evaluation of this workshop been done so that the country seminars can profit from the experience? My Delegation would also like to draw attention to priority area number four: Strengthening of Health Systems. We would suggest that consideration be given to an element of this area that is not mentioned here, that is, health care financing. With the cost of health services today, it is critical to consider such areas as cost and payment and developing alternative financing mechanisms, such as user fees, health maintenance organizations and health insurance. It would be very helpful if PAHO could offer health care financing expertise to the Governments in developing such project activities. And, finally, Mr. President, my Delegation would like to inquire as to the proposed cost of executing the overall plan. Are such estimates available? If not, when might we expect to see them? Again, our Delegation applauds the Caribbean countries for this initiative.

The PRESIDENT: The Delegate of Saint Lucia.

Dr. HAYES (Saint Lucia): I was one of the Ministers of Health present in Dominica in 1984 when the Ministers met and developed this program and we are very pleased that PAHO and its energetic Director have so identified themselves with this program. In Saint Lucia, the environmental health aspect of this program is the one that has attracted us most, and in our proposal to PAHO under this heading we suggested

Water, Sanitation and Food Safety as the three main areas in which we are interested, because we are interested in that whole aspect of the program. Where the water projects are concerned, I would like to say that we didn't just sit and wait for manna to fall from heaven; we have gone out and tried to help ourselves and we now have in the island a very vibrant, ongoing water project. We hope that on its completion in another two or three years, pipe-borne water will be made available to about 90 to 95% of our population. We are doing this with help from several countries, and I will commend to my colleagues in the Caribbean that we should perhaps go out and try to get assistance from donor countries. The United Kingdom has been very helpful, and also the Government of Canada has been extremely helpful. As I said, there are Canadian engineers at this moment in Saint Lucia helping us prepare a survey and design for a dam for storing water; the Caribbean Development Bank has come forward with a soft loan to help us expand our water programs. So, quite apart from drawing up a feasibility study, we have also gone out to try to get help, at least to initiate the program.

I would like to place on record our great gratitude for the help we get from the Government of France, which has provided us first of all with epidemiologists and two physicians to help in our primary health care program in the rural areas. France has also been very helpful in that we have an agreement whereby we refer our cancer patients to a very well-appointed hospital in Martinique for treatment. This is a very useful program to us in Saint Lucia. We have also been able to get some medical supplies from Martinique.

I would also like to say that in our primary health care, maternal and child care and other areas, we have been able to get assistance from the Kellogg Foundation which has been very helpful in developing our primary health care infrastructure in Saint Lucia. Project Hope and USAID have also helped considerably in the Caribbean on a regional basis. Last year a seminar was held in Barbados on the very subject to which the distinguished Delegate of the United States of America just referred, that is, finding alternative sources of financing in the delivery of health care in the Caribbean region. This has been a very useful conference, to see how, apart from the traditional donors and from our respective national budgets, we could generate a means of producing more effective delivery of health care by improving management, supervision, and screening of the health manpower we have.

For all these reasons, I think that Caribbean Cooperation in Health is a very important initiative, because it is no use if North America, Central America, and South America have a very good health infrastructure and very good health standards if we in the Caribbean are not so well advanced. Juxtaposed as we are geographically, any lower standard of health in the Caribbean must of necessity affect the neighboring countries; so I commend the Director of PAHO and his staff for this resolution and would recommend it for adoption by this body.

The PRESIDENT: The list is fairly lengthy, Delegates. Could we keep our comments relatively short, because we have a number of items to complete before we adjourn for lunch. The Delegate of Jamaica.

Dr. BAUGH (Jamaica): There is no need for me to be too long in making my presentation because it has been fully covered by previous speakers. I have to thank Dr. Gay for his very clear presentation of the subject, and I would like to associate the Delegation of Jamaica very strongly with the very comprehensive and explicit presentation made by the Delegate of Trinidad and Tobago, particularly in reference to the ongoing Caribbean cooperation that exists within a number of institutions in the Caribbean and in a number of our CARICOM activities. We are very pleased to observe the support being expressed by our neighbors in the other countries of the Americas, and I just wish to emphasize that this Caribbean cooperation initiative identifies critical areas, areas that may demand expensive infrastructure or a greater supply of resources that have been for one reason or another overlooked, neglected, or that we have been unable to tackle, and which, if not dealt with, can frustrate the efforts of the Caribbean to achieve health for all by the year 2000. I therefore wish to commend the Director and the Secretariat and all the staff that has been involved in the development of this Caribbean cooperation initiative, and must appeal to the donor countries and financial institutions, particularly those that operate outside the normal, traditional channels, to support this initiative for cooperation in the Caribbean.

As I have said, we are the beneficiaries of a number of in-flows in respect to these three projects through bilateral channels and multilateral channels, but there are many other areas--areas of selected priorities. When countries have to develop priorities there are gaps created where, because of some shortfalls, these have not been addressed but yet are fundamental to the achievement of their goals, and some of them are of greater relevance on a subregional basis, particularly in areas, as you have heard before, such as food safety, potable water supply, or vector control. In this period when there is so much movement of people from one territory to the other, across the seas or using the airways, it is very important that the Caribbean territories cooperate extensively in the control of certain very important diseases.

So in summary I wish to give my full support and full appreciation for all the work that has been done to develop this Caribbean cooperation initiative and sincerely hope that we can receive the support of the donor agencies and the larger countries and institutions.

The PRESIDENT: Thank you. The Delegate of Haiti, please.

Dr. DESLOUCHES (Haiti): Monsieur le Président, ma délégation souhaite saluer comme il se doit l'initiative des pays caraïbes de coopérer sous l'égide de l'OPS dans le domaine de la santé. La coopération technique entre pays en voie de développement a longtemps été

préconisée par l'OMS et mon pays voudrait rester ouvert à toutes les possibilités de développer ces rapports de coopération entre les pays membres de cette organisation. Il est seulement regrettable qu'une barrière de langage n'ait pas permis à Haiti d'être plus intimement lié à ces processus de coopération entrepris par les pays caraïbes. Nous devons travailler de toute notre force pour briser cette barrière et retrouver enfin la place qui est nôtre dans le concert des pays caraïbéens. Merci, Monsieur le Président.

The PRESIDENT: The Delegate of Honduras.

Dr. VILLEDA BERMUDEZ (Honduras): Nuestro país apoyó la iniciativa de cooperación, en el seno del Comité Ejecutivo, para el Caribe. Nuestros recursos son limitados, pero las experiencias en el Plan de Prioridades de Salud en Centro América son muy apreciables, por las semejanzas de muchas circunstancias que existen con el Caribe. Queremos ofrecer nuestra cooperación en todo lo que haga falta y con los mecanismos apropiados que sean establecidos, en cualquier momento, para que la salud del Caribe esté apoyada por Honduras.

The PRESIDENT: The Delegate of Panama. Not present at this time. Then we recognize the Delegate of Antigua and Barbuda.

Dr. O'MARD (Antigua and Barbuda): Antigua and Barbuda is quite mindful of the fact that there has been technical cooperation among the people of the Caribbean for some time, and indeed Antigua has benefited very much from that cooperation, particularly with members of the English-speaking Caribbean. From time to time we have had very good cooperation between Antigua and Barbuda, and Jamaica, Barbados, Trinidad and Tobago, and quite recently, Venezuela. Of course, there are many areas on the continent of Central America that can now join forces with Venezuela in helping us. But, what pleases us is that while these attempts at cooperation have been more or less on an ad hoc basis, now we are thinking in terms of a joint project undertaken by PAHO/WHO and CARICOM--and CARICOM here means the Ministers of the several Governments of the English-speaking Caribbean area. We appreciate this very much and we want to go on record as supporting it. This project is very, very timely, and we hope that as we try to achieve our objectives, we will see health education as an important element among the infrastructures to be provided.

I personally feel that there is need for a regional institution aimed at educating the masses of the people, or in some cases re-educating health workers in the area, and we hope that this will be given some prominence. I just wish to go on record as supporting this resolution.

The PRESIDENT: The Chair recognizes the Delegate of Grenada.

Mr. WILLIAMS (Grenada): The Grenada Delegation wishes to register its support for this initiative. In the Caribbean, we have the small States and the smaller States. Grenada is among the smaller States. In the Caribbean, we are all developing countries with needs. Through this initiative we will be able to pool our resources from within, and with a common and united approach seek assistance from outside. This initiative is going to be very useful to the smaller States in particular, since because of small sizes--or perhaps we can say, economies of scale--there are many needs we have to forego. But on a broader base we stand to benefit substantially. The Grenada Delegation congratulates both PAHO and CARICOM for promoting this initiative and it looks anxiously for its implementation.

The PRESIDENT: The Delegate of St. Vincent and the Grenadines.

Dr. GRIFFITH (St. Vincent and the Grenadines): Mr. President, the Delegation of St. Vincent and the Grenadines would like to register its support for this initiative. We are of the opinion that this is a natural direction to go in and one which has already been started informally, especially because of our close proximity and recognition of the need to improve and maintain an acceptable level of health standards in the area. This initiative will act as a catalyst to speed up this cooperation and is fully supported.

The PRESIDENT: The Delegate of Mexico.

Dr. QUIJANO (México): Gracias, señor Presidente. No queremos dejar pasar la ocasión para felicitar en forma muy calurosa a CARICOM y a la Organización por este ejemplo de iniciativa de cooperación internacional que se va haciendo cada vez más una realidad efectiva. De la misma manera que con Centroamérica y Panamá, México puede ofrecer cierta ayuda en algunos programas o subprogramas específicos, y queremos ponerlos también a disposición de CARICOM. Felicitaciones a la Organización y a los países del Caribe. Muchas gracias, señor Presidente.

The PRESIDENT: The Delegate of Uruguay.

Dr. UGARTE (Uruguay): Señor Presidente, la Delegación del Uruguay apoya calurosamente esta importante iniciativa de integración subregional del Caribe, como un mecanismo para ayudar a los pueblos de esa región a mejorar sus condiciones de salud. En este sentido, estamos impulsando la coordinación de esfuerzos en el área de la salud de los Gobiernos de los países que integran el Cono Sur de América. La primera reunión de Ministros de Salud de Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay, realizada en Montevideo en agosto de 1986, sentó las bases para un convenio sanitario subregional. Entendemos que, uniendo nuestros esfuerzos, estamos eliminando cada vez más la dependencia. Muchas gracias, señor Presidente.

The PRESIDENT: Our last speaker was not present previously. The Delegate of Panama. Then we will go to the proposed resolution.

Dr. REYES-VARGAS (Panamá): Muchas gracias, señor Presidente. No podemos perder la oportunidad de manifestar nuestra congratulación y nuestro apoyo, al igual que los que nos han precedido en el uso de la palabra, por esta tan feliz iniciativa de llevar un programa mancomunado de salud en la región del Caribe. Deseamos también manifestar que este apoyo no es solamente de tipo solidario, sino que, efectivamente, nuestro Gobierno, nuestro país, está dispuesto, dentro de las áreas en donde tenemos experiencias exitosas, a colaborar con los Gobiernos de los países del Caribe en el desarrollo de este plan. Muchas gracias, señor Presidente.

The PRESIDENT: That concludes the speakers' list. Before we move on to the proposed resolution, we will try to get an answer to the questions that were raised by the United States of America.

Dr. ALLEYNE (PASB): First I would like to thank all the Delegates who intervened and made their contributions to this discussion. We and CARICOM thank you very much for the contributions and suggestions you have made.

The United States Delegate has asked four questions which I would like to respond to: First, have project profiles been prepared? Yes, we have prepared a preliminary list of project profiles which we would be happy to share with you.

Second, has there been any evaluation of the training done and will this be carried out before further training is done in the countries? The answer is "yes." The group from the Caribbean Development Bank, PAHO and CARICOM have met to evaluate that workshop. On the basis of the results, they have been defining further the kinds of training that need to be done in the individual countries.

The third question, financing: This is a constant concern of ours; at the moment, one country specifically has elaborated a project for assistance in the area of health financing.

And finally, are estimates available? Yes, there is a preliminary estimate of the projects already in train, or projects for which profiles have been prepared. The estimate is of the order of US\$130 million, but this I must stress is a preliminary estimate of the projects that were available when we prepared the preliminary project profile list.

The PRESIDENT: We will now go on to the proposed resolution. The Chair has noted full support in all the interventions. I now ask the Rapporteur to read the proposed resolution. You will find it on page 2 of Document CSP22/25.

El RELATOR: El proyecto de resolución dice así:

## THE XXII PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Having been informed of the initiative for health in the Caribbean known as "Caribbean Cooperation in Health," developed by PAHO and the Caribbean Community (CARICOM) at the request of the Ninth Meeting of the Conference of Ministers Responsible for Health in the Caribbean, held at Roseau, Dominica, 1984;

Considering that the Caribbean Ministers of Health attending the XXXI Meeting of the Directing Council of PAHO in Washington, D.C., September 1985, gave unanimous support to the plan presented by PAHO and CARICOM, and agreed to actively promote and develop the initiative within their countries;

Noting that the Caribbean Ministers at the Meeting of the Tenth Conference of Ministers Responsible for Health in the Caribbean (CMH) held at Georgetown, Guyana, in 1986, formally endorsed the initiative and its objectives, priorities, and approaches;

Appreciating that the English-speaking Caribbean countries share a common history, have had a long tradition of cooperation in matters of culture, education, health and economic development, noteworthy examples of which are subregional institutions such as the CARICOM itself, the University of the West Indies, and the Caribbean Development Bank;

Aware that this initiative is an application of the subregional approach utilized by PAHO in its delivery of technical cooperation in the Caribbean, as exemplified by the Caribbean Program Coordinator's Office, the Caribbean Food and Nutrition Institute, and the Caribbean Epidemiological Center;

Accepting that the six priority areas identified and agreed on for the development of the initiative are those reflected in the subregional policy statements, strategies, and plans of action previously endorsed by the CMH; and

Convinced that the successful execution of Caribbean Cooperation in Health will be an important contribution to the attainment of health for the peoples of the Caribbean subregion and to the global goal of Health for All by the Year 2000,

## RESOLVES:

1. To endorse the initiative known as "Caribbean Cooperation in Health" and to request the Member Countries to provide their full support to CARICOM and the Ministries of Health in the implementation of this initiative.

2. To encourage the Member Countries of the Caribbean subregion to emphasize the Caribbean Cooperation in Health plan as the focus for the development of their proposals for technical cooperation.



3. To request the Director:

- a) To support the initiative within the regular programs of technical cooperation of the Organization;
- b) To cooperate fully with CARICOM and the Member Countries of the Caribbean subregion in the development of projects under the initiative;
- c) To inform all Member Countries of the specific projects under the initiative;
- d) To continue to promote the initiative in major international fora, with other international organizations and with interested multilateral and bilateral development agencies in order to obtain their support for these projects.

4. To inform the Director General of the World Health Organization about the Caribbean Cooperation in Health initiative and to request his support for its continued development.

LA XXII CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo sido informada acerca de la iniciativa en materia de salud para el Caribe denominada "Cooperación para la Salud en la Zona del Caribe", formulada por la OPS y la Comunidad del Caribe (CARICOM) a pedido de la Novena Reunión de la Conferencia de Ministros Responsables de la Salud en el Caribe celebrada en Roseau, Dominica, en 1984;

Considerando que los Ministros de Salud del Caribe que asistieron a la XXXI Reunión del Consejo Directivo de la OPS celebrada en Washington, D.C., en septiembre de 1985 dieron apoyo unánime al plan presentado por la OPS y CARICOM y concordaron en promover y desarrollar activamente la iniciativa dentro de los países respectivos;

Teniendo en cuenta que los Ministros de la Zona del Caribe asistentes a la Reunión de la Décima Conferencia de Ministros Responsables de la Salud en el Caribe (CMH) celebrada en Georgetown, Guyana, en 1986, apoyaron oficialmente la iniciativa y sus objetivos, prioridades y enfoques;

Reconociendo que los países de habla inglesa del Caribe comparten una historia común, han tenido una larga tradición en materia de cooperación en los campos de la cultura, la educación, la salud y el desarrollo económico, de la cual son ejemplos dignos de mención instituciones subregionales tales como la misma CARICOM, la Universidad de las Indias Occidentales y el Banco de Desarrollo del Caribe;

Consciente de que esta iniciativa es una aplicación del enfoque subregional utilizado por la OPS para prestar cooperación técnica en el Caribe, tal como lo ilustran la Oficina del Coordinador del Programa del Caribe, el Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe y el Centro Epidemiológico del Caribe;

Aceptando que las seis áreas prioritarias identificadas y aceptadas para llevar a cabo el desarrollo de la iniciativa son las puestas de manifiesto en las declaraciones de política, estrategias y planes de acción regionales previamente apoyados por los Ministros de Salud de la Zona del Caribe, y

Convencida de que la ejecución fructífera de la Cooperación para la Salud en la Zona del Caribe será una importante contribución para el logro de la salud de los pueblos de la subregión del Caribe y para la meta mundial de la salud para todos en el año 2000,

**RESUELVE:**

1. Apoyar la iniciativa denominada "Cooperación para la Salud en la Zona del Caribe" y solicitar a los Países Miembros que otorguen su pleno sostén a CARICOM y los Ministerios de Salud para la aplicación de esta iniciativa.

2. Instar a los Países Miembros de la Subregión del Caribe a que consideren como punto focal el plan de Cooperación para la Salud en la Zona del Caribe para la elaboración de sus propuestas de cooperación técnica.

3. Pedir al Director que:

- a) Apoye la iniciativa dentro de los programas ordinarios de cooperación técnica de la Organización;
- b) Coopere plenamente con CARICOM y los Países Miembros de la subregión del Caribe en la preparación de proyectos conformes a la iniciativa;
- c) Informe a todos los Países Miembros acerca de proyectos específicos auspiciados por la iniciativa;
- d) Continúe promoviendo la iniciativa en los principales foros internacionales, con otras organizaciones internacionales y con organismos de desarrollo multilaterales y bilaterales interesados a fin de obtener su apoyo para estos proyectos.

4. Informar al Director General de la Organización Mundial de la Salud acerca de la iniciativa de Cooperación para la Salud en la Zona del Caribe y solicitarle su apoyo en favor de su continuo desarrollo.

The PRESIDENT: Gracias. Any objections to the resolution before us? There being none I declare the resolution approved.

Decision: The proposed resolution was unanimously adopted.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución.

ITEM 5.5: ANDEAN SUBREGION, JOINT PLAN OF ACTION  
TEMA 5.5: SUBREGION ANDINA, PLAN DE ACCION CONJUNTO

The PRESIDENT: We have two other items that we would like to complete this morning. I would like to move then to item 5.5, entitled "Andean Subregion, Joint Plan of Action." I direct your attention to Document CSP22/14, and I would ask the Representative of the Executive Committee to present the item at this time.

Dr. GAY (Chairman of the Executive Committee): Mr. President, it is appropriate that this item should follow closely on Caribbean Cooperation in Health. The Executive Committee was presented with a document by Dr. Ochoa on this item (CE97/19), which described the progress of preparations for a Joint Plan of Action for the countries of the Andean area, in which the nine priority areas established by the Ministers of Health of the Andean Region would be one of the cornerstones of cooperation by the PAHO Secretariat with the Hipólito Unanue Agreement.

Although the Executive Committee needed only to be informed on the progress of a Plan that would be made known to the Pan American Sanitary Conference and there was therefore no need to adopt a resolution on the matter, a very interesting discussion arose in the Executive Committee on the thematic and subregional approach to a series of common problems: cooperation and cross-fertilization among the different subregions, the support to be given to those initiatives, and the advisability of drawing not only on the experience acquired by the staff of the Organization but also on that of local personnel. Discussion was concluded by the Director with an affirmation of the importance that both the Director himself and the staff be increasingly aware of the need for change, and have the firm support of the countries. And although action for change involves risk, those risks will always be less than those of leaving things as they were.

The PRESIDENT: Thank you, Dr. Gay, for that comment. Delegates, you heard the work before us. Any comments relative to Dr. Gay's report on your behalf? The Chair recognizes the Delegate of Peru.

Dr. VALLEJO (Perú): Muchas gracias, señor Presidente. La Delegación del Perú desea expresar, en primer lugar, su agradecimiento al Director de la Organización por el excelente documento presentado en relación con este Plan de Acción Conjunto en la Subregión Andina. En segundo lugar, quiere también declarar que, aun cuando todavía el Plan está en una etapa muy inicial respecto a su desarrollo, confiamos que

tanto los Gobiernos de los países Andinos como la Organización y otras agencias internacionales que están interesadas, pongan mucho empeño para que, en el más corto plazo posible, pueda estar listo tanto su diseño como su financiamiento, a fin de beneficiar a pueblos cuya salud es tan precaria en la actualidad.

El Plan se basa en la decisión de la Organización Panamericana de la Salud de concretar esfuerzos para el establecimiento de enfoques subregionales, al objeto de reducir las duplicaciones, utilizar al máximo los recursos disponibles y establecer mecanismos para el diálogo y la coordinación entre los países de la subregión. En la XI Reunión de Ministros de Salud del Area Andina, celebrada el año pasado en Lima, el Gobierno del Perú precisó que el Convenio Hipólito Unanue de cooperación en salud entre los cinco países de la subregión debería ser una herramienta de uso efectivo y de impacto positivo para mejorar el estado de salud de los pueblos de la subregión, que tanto necesitan del apoyo internacional. Es urgente estimular y ayudar al Convenio para que reencauce sus actividades de acuerdo con las necesidades de salud de estos pueblos, y disponga tanto de los recursos técnicos como financieros para cumplir su misión. Y esto solo se conseguirá si el Convenio puede trabajar mancomunadamente con la Organización Panamericana de la Salud en procura de la finalidad común de una mejor salud para estos pueblos.

Dado que, dentro del nuevo orden económico internacional, se ha considerado la cooperación técnica entre países en desarrollo como un sistema que facilite el uso de la capacidad nacional y potencial instalada en actividades propias y en programas interpaíses, dentro del contexto de la cooperación horizontal, la iniciativa de formular un plan de acción conjunta para los países del Grupo Andino, en estrecha colaboración con el Convenio Hipólito Unanue, requiere del apoyo de todos los Países Miembros de esta Organización Panamericana.

De conformidad con los criterios y que orientan la política de la cooperación técnica entre países en desarrollo, a nivel de la Subregión Andina es necesario establecer mecanismos que permitan superar los obstáculos actuales e iniciar una vigorosa acción de apoyo horizontal entre los Países Miembros, para lo cual deberá examinarse lo siguiente: a) las posibilidades de cada país para satisfacer sus necesidades internas en salud y cooperar con otros países; b) los impedimentos y dificultades existentes al respecto; c) el análisis de las capacidades existentes en los países, y d) la sistematización de la información en salud.

En la mencionada XI Reunión de Ministros de Salud del Area Andina, en mérito a la Resolución XI/177, se acordó celebrar un Convenio con la Organización Panamericana de la Salud para proporcionar apoyo a la Secretaría Ejecutiva del Convenio Hipólito Unanue, lo cual significa el fortalecimiento de las relaciones de trabajo entre ambas organizaciones en los términos siguientes: apoyo administrativo, apoyo técnico, recursos financieros para los programas del Convenio y apoyo para conseguir la canalización de recursos financieros procedentes de otras fuentes externas.

En suma, es nuestro convencimiento que el citado Plan de Acción Conjunto contiene programas de salud de alta prioridad en los países de la Subregión. Creemos que, para empezar, la implementación del Plan puede dar inicio a la integración de programas de salud de zonas fronterizas, lo cual puede ser armonizado con mucha efectividad en el seno de esa cooperación entre la OPS y el Convenio Hipólito Unanue. Para ello se cuenta con un mecanismo que puede ser explorado, el Tratado de Cooperación Amazónica, instrumento flexible que prevé la cooperación internacional para proyectos de cooperación entre países amazónicos. Nada más, señor Presidente. Muchas gracias.

Dr. BRACHO-OÑA (Ecuador): Señor Presidente, señor Director, señor Secretario de la OPS, lindísimos colegas. Quiero agradecer y felicitar por un documento tan bien llevado, que es un instrumento de trabajo realmente muy positivo. Siento que el señor Director ha puesto mucho empeño, ha puesto su mirada muy diáfana en resolver, en tratar de resolver los problemas del área subregional andina. El documento nos permite ver con claridad cómo, a través del Acuerdo de Cartagena formulado en 1969, suscrito en esa época por los Representantes de los cinco Estados, tuvo, visionaria idea, tuvo, diría yo, un ambicioso plan. En realidad no ha funcionado tan ágilmente como debía funcionar ese Acuerdo en los parámetros económicos. Allá las causas que han dificultado esa gestión, quiero decir, que mejor han funcionado los convenios Andrés Bello para la educación y Simón Rodríguez para la seguridad social.

Pero lo que sí creemos que ha tenido un asidero mejor es lo relacionado con el Convenio Hipólito Unanue. La última reunión celebrada en diciembre, en Lima, bajo la presidencia de mi colega peruano, brillante en su gestión, ha permitido dar pasos que son realmente muy seguros en ese plan, y luego el convenio realizado con la Organización podrá permitirnos que el Hipólito Unanue funcione mejor.

El Ecuador, señor Presidente, es un país amigo de todos los países del mundo y yo creo que de ninguna manera puede estar ausente de esto que es algo consustancial con su convivencia, el pacto subregional. Y yo quisiera decir, desde lo más íntimo de mi espíritu, que el Ecuador va a apoyar de la manera más frontal. Ayer discutíamos ya las posibilidades de tener una reunión previa a la XI Reunión de Ministros de Salud del Área Andina (REMSAA), en noviembre de este año, en donde deberemos tocar estos nueve puntos de la resolución de Lima, como algo prioritario. Soy amigo ciertamente de que se hable menos y se haga más, y quisiera tener toda una gama de esquemas perfectamente bien definidos, con el objeto de que en la REMSAA (parece que mis colegas desean que sea en Quito y sería para mí un honor recibirlos) se lleguen a dar ya las pautas fundamentales para ir adelante, marchando al mismo ritmo y con la mayor celeridad posible, porque los problemas de salud de esa subregión son realmente alienantes y tenemos que resolverlos con prontitud. Dado que hay que apresurarse, estamos, y debemos así sentirlo, trabajando contra el reloj. Gracias, señor Presidente.

The PRESIDENT: I would like to recognize the speaker for the Hipólito Unanue Agreement.

Dr. ANDRADE (Observador, Convenio Hipólito Unanue): Gracias, señor Presidente. El Convenio Hipólito Unanue es la expresión voluntaria de los Gobiernos de los países del Area Andina. Sus altos y sus bajos son las expresiones de los altos y los bajos de los Gobiernos de los países de esa área. Queremos, en todo caso, expresar nuestro apoyo al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana por su decidido y constante interés en adelantar acciones concretas en áreas prioritarias de salud, interpretando las necesidades reales de Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela, a través de un conjunto orgánico y articulado de objetivos, programas y actividades, cuya denominación, de iniciativa andina, o plan conjunto de acción, es la expresión de la participación de los pueblos y Gobiernos de los países andinos, así como un intento de articular la asistencia bilateral y multilateral de agencias internacionales.

Los países también buscan la ayuda, a través del Convenio Hipólito Unanue, de los Ministerios de Salud del Area Andina, y dan su total respaldo y se comprometen a acompañar al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana en sus esfuerzos para llevar a cabo con éxito el plan de acción que está comenzando. Agradecemos a los Ministros de Salud el creciente interés y apoyo que han demostrado, e igualmente la colaboración e interés de organismos como el UNICEF, la Comunidad del Caribe y otros organismos internacionales. Igualmente, nos hacemos solidarios de las expresiones del Perú y el Ecuador hechas hasta este momento. Muchas gracias, Sr. Presidente.

The PRESIDENT: Our next speaker is the Delegate of Guyana.

Dr. VAN WEST-CHARLES (Guyana): Mr. President, I think Dr. Gay indicated that this Andean proposal came immediately after Caribbean Cooperation in Health and I didn't speak on the Caribbean cooperation agreement because it concerned me, but I think I should make my comments now. Guyana would like to congratulate the Director on this general approach of seeking to have countries within the American Region cooperate and share experiences. I think we all know that there is an economic crisis; countries within Latin America are having great difficulty and the health sector is indeed feeling the pinch of the economic crisis; but in our commitment to health for all by the year 2000, it is incumbent on all of us to try to ensure that we achieve that goal. I think the Director of the Organization is the motor, the engine which is trying to push us ahead to ensure that we achieve that goal. He is trying to ensure that there is South-South cooperation, and North-South cooperation, and I think it is most interesting that this type of initiative is taking place in the American Region, for it was in this Region that there was the first attempt, the North-South dialogue in Cancún, Mexico, and so I would like generally to thank the Director and congratulate him and his staff for taking this bold approach in trying to mobilize us. But the success of all his efforts rests with us--with our

own political will to assure that we can achieve our ends. So once again, Guyana generally supports the thrust of the Director of PAHO and pledges its support for all of these subregional initiatives and all efforts to have South-South and North-South cooperation.

The PRESIDENT: The Chair recognizes the Observer for UNICEF.

Dr. AGUILAR (Observador, UNICEF): Muchas gracias señor Presidente. Señor Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, señores Delegados. Mi nombre es Juan Aguilar. Represento al UNICEF en esta oportunidad y quiero aprovechar la ocasión para manifestar el beneplácito que el UNICEF siente, y lo digo de verdad. Sentimos muy de veras la exposición de las dos iniciativas, tanto la del Caribe como la de la subregión andina, porque son expresiones de colaboración subregional que, como en el caso de Centroamérica, van a poner nuevamente al UNICEF y a la OPS en una vía de la más genuina cooperación.

En el caso de la iniciativa de la subregión Andina, desde que supimos de ella, manifestamos vivo interés en participar, y así lo hemos expresado. Y lo expresó también de la misma manera la Directora Regional del UNICEF el pasado lunes en su discurso, cuando, con manifiesto interés, dijo que veía en esta iniciativa, como lo estoy expresando yo, esta posibilidad de nueva cooperación.

Quiero llamar la atención sobre las prioridades que los Ministros identificaron, las nueve áreas prioritarias. Por alguna razón, en el área materno-infantil, el área de nutrición no fue considerada en su oportunidad con la debida prioridad que nosotros creemos. Los países mismo lo han manifestado en otros documentos. El UNICEF veía con especial interés que el área materno-infantil y nutrición recibiera tan alta prioridad como la que han asignado a las otras nueve áreas prioritarias. Creo que, siendo así veríamos mucho más facilitada la posibilidad de cooperación en el futuro. Nos interesa de igual manera referirnos a las nuevas oportunidades que se están abriendo de cooperación con el Convenio Hipólito Unanue, una cooperación que ya se había iniciado hace algunos años, y por diversas razones fue interrumpida. De nuevo, con la iniciativa para los países Andinos, se abre esta posibilidad y desde ya, señor Presidente, señor Director de la OSP, señores delegados, el UNICEF ofrece toda su colaboración para llevar adelante, en el menor tiempo posible, proyectos e ideas que concreten esta iniciativa. Muchas gracias.

The PRESIDENT: The Delegate of Cuba.

Dr. ANTELO PEREZ (Cuba): Señor Presidente, el Plan de Acción Conjunto para la Subregión Andina merece, al igual que el de Centroamérica y Panamá y el del Caribe, el apoyo concreto y práctico de todos los países de nuestra Región, independientemente de la situación geográfica en que se encuentren. Sin duda, ha sido una injusticia

histórica con nuestros pueblos la ausencia de cooperación para enfrentar problemas comunes entre países vecinos, e incluso entre países alejados solo geográficamente.

Por ello, sin tener que ampliar consideraciones conocidas por todos los presentes, mi Delegación expresa con júbilo la disposición de Cuba de ofrecer su modesta contribución a este formidable plan. Permítanos, para concluir, expresar nuestra coincidencia con las ideas expresadas durante el pasado Comité Ejecutivo de que la Organización se debe a los millones de latinoamericanos y caribeños que llevan esperando ya demasiado tiempo, y que solo en la medida en que se sienta realmente lo que se dice es posible comprometerse y comprender lo que hay que hacer. Señor Presidente, creemos que se están presentando muchas oportunidades en la actualidad para materializar el grado de compromiso necesario y reparar el daño ocasionado por las desigualdades que engendra el subdesarrollo. Gracias.

The PRESIDENT: I recognize the Delegate of Bolivia.

Dr. PAZ (Bolivia): Nosotros simplemente queremos reafirmar lo que escuchamos del compañero del UNICEF. Evidentemente, respecto al problema maternoinfantil y de nutrición, Bolivia tiene interés en que sea uno de los puntos importantes que se vean dentro del Convenio Hipólito Unanue.

The PRESIDENT: Thank you, we will note that. The Delegate of the United States of America.

Ms. FEENEY (United States of America): My Delegation would like to join with the others in thanking the Secretariat for their presentation on this subject, and to wish success to the Hipólito Unanue Agreement countries and PAHO in this new undertaking. As with the Central American and Caribbean initiatives, it is important that the countries themselves identify the priorities and that they be of significance at the subregional level; the Hipólito Unanue Agreement has long experience in doing this.

However, in the case of the document before us, it appears that this Plan of Action has identified 16 priority areas, on pages 7 and 8. If PAHO plans to market this initiative in the same manner as that for Central America, does it have the resources necessary to be so multifocused? Perhaps it might be useful to select only some of the identified priorities for this particular Plan of Action, at least initially, so that efforts will not be too diluted. We also noted that the document has not identified the role of the Secretariat of the Hipólito Unanue Agreement in promoting the Plan of Action. Has this been worked out? Our comments on Caribbean Cooperation in Health regarding the initial preparation of concept papers, instead of complete project proposals, also apply here; and it is also important to develop a budget for executing the overall plan. As each of these plans develop, the experience gained should be analyzed and evaluated so that we may profit from our mistakes and successes.



It is very important at this time to apply the lessons learned from the progress made thus far with the Central America and Panama initiative to the further development of the subregional plans for the Caribbean and the Andean Pact countries. The subregional initiatives are very exciting and portend good things for the future of the health of the countries of this Hemisphere. The cooperation of the subregional organizations like CARICOM and the Hipólito Unanue Agreement are vital to their success. Such cooperation is also a major linkage for TCDC activities, regional programming, country programming and pursuing the orientation and priorities for the quadrennium. Hopefully, these initiatives can also be a major experience for the future participants in the international residence program, so that skills in seeking donor funding and subregional cooperation can be developed in a cadre of health staff throughout the Region.

The PRESIDENT: That concludes the list of speakers. I want to indicate to the Assembly that we are asking the Rapporteur to prepare a proposed resolution for distribution at a subsequent plenary session, and I believe that concludes this item on the agenda.

ITEM 5.6: WOMEN, HEALTH AND DEVELOPMENT: REGIONAL FORWARD-LOOKING STRATEGIES

TEMA 5.6: LA MUJER, LA SALUD Y EL DESARROLLO: ESTRATEGIAS REGIONALES PARA EL FUTURO

The PRESIDENT: I would like to move to our last item this morning, which is item 5.6, entitled "Women, Health and Development: Regional Forward-Looking Strategies." I direct your attention to Document CSP22/13, and I ask the Representative of the Executive Committee to report on this item at this time.

Dr. GAY (Chairman of the Executive Committee): Mr. President, this item was presented to the Executive Committee by Dr. Bianco, the Rapporteur of the Special Subcommittee on Women, Health and Development, who reported in detail on the work done during the meeting held in Washington, from 16 to 20 June 1986. This meeting considered, in particular, maternal care, cervical cancer, mental health, the status of women in PAHO, and the recent strategies for the future, in light of the conclusions of the Nairobi Conference. The meeting formulated the following eight categories: a strengthening of focal points; intersectoral collaboration; research in the dissemination of information; participation of women in health promotion, as recipient and provider of services; training for women; mobilization of resources; legislation against all discrimination; and access of women to health services, with special reference to those for cervical cancer. All these aspirations and the strategies for their attainment were embodied in a proposed resolution that the Subcommittee presented at the end of its report. The discussion was indeed lively and joined by practically all of those present at the Meeting. Support for the proposals of the

Subcommittee was unanimous. The proposed resolution was approved, with changes to make the text clearer, as Resolution III in the third plenary session.

The PRESIDENT: This is an important item. I think all Delegates also noted at the time that there had been an active and lively discussion and maybe some of your views were expressed at that time. I would like to recognize the Delegate of Jamaica.

Dr. BOWEN-WRIGHT (Jamaica): Thank you for allowing Jamaica the opportunity to associate itself with the proposed resolution and to make some comments on the accompanying strategies document. With your permission, Mr. President, I also wish to offer sincere congratulations to Dr. Macedo on his well deserved re-election to another term of office. I am glad that I am a woman, because I can say with true feeling that his responsiveness to the subject of Women, Health and Development has been felt by women and men of this Region. Therefore, we as women indeed have cause to celebrate his return to office.

Distinguished colleagues, I put it to you that women by virtue of being mothers, wives, guardians, are strategically placed to be the first teachers of good nutrition, good sanitation, and positive lifestyles, among other things, at the level of the family and the community. In the wider community, the nation and the health sector in particular, as nurses, specific groups of auxiliaries and professionals, women often form the backbone of crucial services such as primary health care, which most of us here agree is the key strategy for the many health goals which we are trying to realize. I now put for your consideration that if we maximize this potential of women and equip them properly, benefits will show not just to women, but also to men and children.

Distinguished colleagues, if you will turn to the accompanying document of the strategies proposed, all are important, but the following four--Strategy 2, Collaboration within and among Sectors; Strategy 3, Research and Information Dissemination; Strategy 5, Professional and Technical Training and Career Development; and Strategy 6, Mobilize Resources--are, to my mind, the most essential to facilitate the maximization of women's ability to improve national health profiles and conditions within the Member Countries.

I wish to conclude my remarks by asking that the Delegations here present give strong endorsement to the mandate handed to PAHO on behalf of all our Member Countries by the Executive Committee, so that the mechanisms to effect all the strategies can be elaborated, refined, and put into action as soon as possible.

Finally, the proposed resolution requests the Director, among other things, to pay special attention to (and here I quote), "Strengthening existing support mechanisms in the Organization for implementation of the WHD program." I do hope, in respect of that, the

proposed resolution will get acceptance, and that PAHO will pay special attention to strengthening the WHD focal points in the Regional Office, while seeking as well to strengthen them within the Member Countries. I thank you and apologize for my lengthy intervention, but it is an emotional subject for me.

The PRESIDENT: The Delegate of Mexico

Dr. QUILJANO (México): Muchas gracias, señor Presidente. En México el Programa de la Mujer, la Salud y el Desarrollo ha sido siempre considerado como sumamente importante. Tenemos la suerte de pertenecer al Subcomité del Comité Ejecutivo en este programa, y nuestro Delegado asistió a la reunión que tuvo lugar en junio del año en curso aquí en Washington. De hecho la Delegada mexicana tuvo el honor de ser nombrada presidenta de este subcomité por este año.

Sin embargo, dentro de las actividades de la Secretaría de Salud, el programa ha tenido particular tratamiento. En realidad, se formó una comisión interna para la mujer en la propia Secretaría, a la cual se dió representación en tres de las direcciones generales y que no solo forma parte integrante del programa sino que se incluye en el programa de la mujer, dentro de su presupuesto, lo cual evidentemente se reflejará en unas acciones más positivas. Hasta ahora esta comisión se ocupa de forma fundamental de producir material educativo y mensajes por radio y por televisión, muy bien hechos, para la prevención del cáncer cervicouterino y del cáncer mamario, y para la atención del embarazo, el parto y el puerperio, y se han realizado en diferentes Estados de la República talleres de orientación sobre estos mismos temas y sobre otros que tienen que ver con la salud y el desarrollo de la mujer.

Se han producido, asimismo, dos libros que han tenido muy buena aceptación, sobre la mujer y la salud a base de su conocimiento, y un folleto dirigido específicamente a la mujer joven con la mira de educarla y prevenir el embarazo exporáneo. Por último, se ha logrado ya incorporar en las acciones de esta comisión interna a un buen número de organizaciones femeninas, de manera que no sean ya exclusivamente foros de intelectuales, de universitarias, sino de personas realmente interesadas en la actividad educativa para las poblaciones más necesitadas, la población femenina más necesitada. Esto es lo que quería decir, señor Presidente. Muchas gracias.

Dr. SALOMON (Brasil): O Governo do Brasil está consciente da amplitude do problema relativo à condição da mulher, que abrange não só a importante área da saúde mas atinge também o domínio econômico e social com a crescente participação da mulher em todos os segmentos da sociedade brasileira no desenvolvimento do país. Essa participação conduz à busca de soluções integradas, o que levou ao atendimento das demandas, entre outros, nos campos do trabalho, educação e saúde.

Na área do trabalho, o Brasil tem procurado aperfeiçoar sua legislação trabalhista por meio da ratificação e implementação de convenções estreitamente relacionadas com o direito à proteção e segurança da mulher no trabalho. Com esse propósito, o Brasil adotou os seguintes instrumentos da OIT: Convenção No. 45 (emprego de mulheres nos trabalhos subterrâneos de minas de qualquer espécie), Convenção No. 89 (trabalho noturno de mulheres na indústria), Convenção No. 103 (proteção à maternidade) e Convenção No. 111 (discriminação em matéria de emprego e ocupação).

No contexto mais amplo das Nações Unidas, o Brasil assinou em 1981, a convenção para a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher, ratificando-a em 1984 após aprovação legislativa.

Na área da educação, tem-se ampliado o acesso de mulheres à educação básica e seu ingresso em universidades.

No domínio específico da saúde, o programa global de assistência primária à saúde da população inclui-se entre as metas básicas do governo e leva em conta as diversidades regionais e os problemas enfrentados ordinariamente pelas populações carentes do país. A integralidade da assistência à saúde da mulher insere-se no programa mais amplo do Governo como uma das grandes prioridades. Pretende, sobretudo, conferir dimensões mais humanas ao problema da mulher quando, sem negligenciar a questão, deixa de encará-la sob o prisma da especificidade do seu papel reprodutor e passar a conferir igual importância a todas as fases de sua vida, englobando ações dirigidas que vão desde a educação, a fim de alertar para o controle das patologias mais comuns entre a população feminina, à assistência clínico-ginecológica em geral.

O Governo do Brasil reconhece a importância de medidas destinadas a intensificar programas de acompanhamento pré-natal, assistência ao parto e ao puerpério imediato, saúde materno-infantil e planejamento familiar. Quanto a este último, o Governo reafirma o direito fundamental da pessoa humana a ter conhecimento das possibilidades de influir no ritmo da procriação, razão pela qual tenciona proporcionar informação e meios para que todos possam planejar suas famílias, tornando este tipo de assistência parte integrante do atendimento público à saúde.

Vale mencionar que, em termos práticos, o Governo vem encorajando de forma exitosa programas de apoio direto à saúde da mulher, como são os casos do programa nacional de alimentação e o programa alimentar para gestantes e nutrízes. Nossa delegação informa também que o Governo vem promovendo uma crescente hierarquização dos serviços de saúde, bem como incentivando a estreita vinculação de todos os seus níveis.

The PRESIDENT: The Delegate of Nicaragua.

Dr. SAMPSON (Nicaragua): Los niveles críticos de pobreza, hambre, insalubridad, la enorme deuda externa que tienen los países en desarrollo, el decrecimiento de los indicadores económicos tradicionales,

la baja alarmante en los precios de nuestros productos de exportación y el alza de los precios de nuestras importaciones, han tenido efectos devastadores en las frágiles economías de nuestros países, afectando directamente a la integración de la mujer en el desarrollo. Ante esta situación, se hace imperativo la puesta en marcha de medidas y estrategias que nos lleven al establecimiento de un nuevo orden económico internacional cuya base fundamental sea la equidad en las relaciones económicas entre naciones. Se requiere, por lo tanto, un esfuerzo conjunto de países ricos y pobres para cambiar la situación que actualmente enfrentamos.

Nicaragua cree que el programa de la mujer en la salud y el desarrollo, con el establecimiento de mecanismos eficaces de participación y apoyo, puede y debe fortalecerse y desarrollarse en el futuro inmediato. La revolución popular sandinista cumplió en julio pasado siete años de haberse el camino de la liberación. A pesar de las agresiones despiadadas, se han abierto para la mujer innumerables posibilidades. La igualdad de la mujer nicaragüense no es una ley en nuestro país, es una realidad. Cada día la mujer nicaragüense se incorpora masivamente en las tareas de la producción y la defensa. Se hacen grandes esfuerzos por crear las estructuras sociales necesarias para una mayor incorporación de la mujer en la sociedad.

Se ha disminuido drásticamente el analfabetismo del 64 al 12%, se han creado y ampliado centros de desarrollo infantil, servicios infantiles rurales, comedores infantiles y programas especiales de educación para la madre. En salud, se brinda alta prioridad a la atención integral del binomio madre y niño. A través de las jornadas populares de salud hemos logrado desarrollar la capacidad de vacunar a la población infantil de una forma rápida y efectiva, a través de la participación organizada del pueblo, donde se ha destacado la participación de un 85% de mujeres. Dentro de los programas nacionales de salud se incluyen componentes específicos para promover la salud de la mujer, tales como la atención prenatal, la atención institucional del parto, el fomento de la lactancia materna, el estudio de la fertilidad humana y la detección oportuna del cáncer cervicouterino. Y muy importantes han sido los logros alcanzados a través de estos subprogramas en la atención de la mujer.

Sin embargo, el mayor logro en el campo de la salud es haber alcanzado altos índices de participación popular y femenina, en particular en la gestión y producción de salud a nivel nacional, regional, zonal y comunal. Durante una reciente movilización de saneamiento ambiental, se movilizaron 30.000 brigadistas y 4.700 multiplicadores. Los datos reflejan que el 55% de los brigadistas y el 63% de los multiplicadores fueron mujeres y, en una movilización de atención básica, el 66.8% de los brigadistas eran del sexo femenino. Eso es lo que está sucediendo y realizándose en nuestro país en relación con el desarrollo y atención de la mujer. Muchas gracias, señor Presidente.

The PRESIDENT: The Delegate of Canada.

Ms. PALTIEL (Canada): Mr. President, Director, distinguished Delegates. Canada commends the Director, the Assistant Director and the Bureau for the progress achieved in this past quadrennium, and most especially in the last year, in the formulation of Women, Health and Development as an operational concept, and in creating the infrastructure, climate and processes for addressing the complex issues. Canada was pleased to participate in the very fruitful deliberations of the Executive Committee's Special Subcommittee on Women, Health and Development last June and in the 97th Meeting of the Executive Committee. Mr. President, the proposed resolution before us, which Canada strongly endorses, gives impetus for collective response to major health challenges for this Region.

Two major killers of young women and women in prime ages are maternal mortality related to childbirth and cervical cancer. This tragic, excess mortality can be reduced to an irreducible minimum as part of health for all by the year 2000. What is needed in the coming quadrennium is the political will to recognize these priorities, as well as the mobilization and application of technical competence. The Subcommittee also considered two health topics which are underdeveloped and which will require the concerted efforts of Member States with PAHO and WHO to better understand the health implications of women's work and women's worth. These are the fields of occupational and mental health.

With respect to health promotion, we must recognize--and we associate ourselves with the distinguished Delegate of Jamaica's comment--that in all countries women are the major health providers, formal (in Canada they represent more than three quarters of all health workers) and informal, as they generally provide care to the aged, the infirm, the disabled and the young. They are also the major health brokers and health educators for their families and communities, as well as major users due to their reproductive roles and their longevity. Clearly health for all cannot be attained without systematic attention to Women, Health and Development.

The Regional Forward-Looking Strategies before us for adoption, built upon the Nairobi Forward-Looking Strategies adopted unanimously by 159 United Nations Member States, emanate, inter alia, from Resolution XIV of the XXXI Meeting of the Directing Council. The commitment of Canada to the Forward-Looking Strategies is evidenced, in part, by the fact that the eight proposed strategies and the goals of the Forward-Looking Strategies have already been incorporated into the Plan of Action to 1990 of the Department of National Health and Welfare. Our Plan, which consists of nearly 100 initiatives, is fully integrated into the work plans of those units which have the responsibilities for carrying out the activities. So we have moved far from rhetoric to accountable action, in partnership with provinces and territories, other agencies of government and, of course, the NGO sector. In the field of occupational health, a

federal/provincial working group has jointly produced a handbook on the pregnant worker to guide health professionals. In the field of mental health we have encouraged and supported the Canadian Mental Health Association in the establishment of a committee on women's health and in setting up a task force on the mental health of immigrants and refugees, where specific emphasis will be placed on women.

Mr. President, in adopting the strategies, we Member States and PAHO need to ensure that Women, Health and Development becomes integrated into our planning documents, so that the allocation of resources takes place and monitoring of progress is feasible. This is a matter which deserves early attention in preparation for the World Health Assembly, when Women, Health and Development will be considered in relation to the United Nations Medium-Term Plan.

Mr. President, in closing, the Canadian Delegation wishes to express its appreciation and good wishes to Tracy Enright who, with dedication, quiet perseverance and sensitivity, has placed Women, Health and Development on the calendars of managers in PAHO and the Member States. At our Colloquium on Adolescent Girls' Health she brought to Canada the PAHO perspective to the needs, risks and tasks of girls and young women in the Americas. Her successor will find a well-charted road, a sophisticated, solidary Advisory Committee, and committed management. We are confident that the momentum will be maintained as we look forward to our continued collaboration with the Bureau, as well as increased collaboration with the, hopefully strengthened, focal points and our other colleagues in the Americas in pursuit of our mutual goal of health for all.

The PRESIDENT: We will adjourn for lunch at this time. The list is fairly lengthy, plus we have the afternoon's work, so we would like to reconvene promptly at 2:30 p.m. Our morning session now stands adjourned.

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

EIGHTH PLENARY SESSION  
OCTAVA SESION PLENARIA

Thursday, 25 September 1986, at 2:30 p.m.  
Jueves, 25 de septiembre de 1986, a las 2:30 p.m.

President: Mr. Jake Epp Canada  
Presidente:

The PRESIDENT: Colleagues, I have been advised that we have a quorum. To identify our work plan for this afternoon, it includes the completion of item 5.6 plus the items that have been listed for this afternoon. We also have a number of resolutions to be taken up at the end of the session today. I hope that you do not feel that I am being arbitrary, but rather that I am trying to avoid what I take it most of us want to avoid, that is, the necessity of a meeting tomorrow night. I am attempting to have the comments directed so that we can finish our agenda. There are a number of countries that have requested to speak on item 5.6. Before we start on that, the Secretary has one or two announcements to make.

The SECRETARY: Thank you, Mr. President. Quickly, I want to make sure that all of you are aware that we have distributed two more proposed resolutions or amendments; one is PR/9 concerning the Andean Subregion, and the other is PR/10, which is an amendment that has been submitted to the Secretariat by the Delegation of the United States of America concerning Document CSP22/26 and the proposed resolution from the Executive Committee that is contained therein. That will be discussed later in the agenda; it concerns the item on food safety.

The PRESIDENT: Thank you, Mr. Secretary.

ITEM 5.6: WOMEN, HEALTH, AND DEVELOPMENT: REGIONAL FORWARD-LOOKING STRATEGIES (continued)  
TEMA 5.6: LA MUJER, LA SALUD Y EL DESARROLLO: ESTRATEGIAS REGIONALES PARA EL FUTURO (continuación)

The PRESIDENT: We will proceed to item 5.6 and its conclusion. I recognize the distinguished Delegate of France.

Dr. DEMEULEMEESTER (France): C'est avec beaucoup d'intérêt que nous avons lu le document qui est joint à la proposition de résolution, et nous avons noté avec satisfaction qu'il portait à la fois sur la santé des femmes et sur leur rôle dans le développement de la santé, et ceci non seulement au niveau de l'éducation et des soins de santé primaires mais aussi au niveau de la prise de décision.



Nous remarquons cependant que parmi les stratégies proposées pour améliorer la santé des femmes, deux semblent pouvoir avoir une application pratique assez rapide. Il s'agit de la diminution de la mortalité maternelle, qui est déjà largement engagée, et de la diminution de la mortalité par cancer du col et par cancer du sein. Les autres stratégies proposées dans les domaines de la santé mentale, de la santé au travail, et de la promotion de la santé restent beaucoup plus vagues.

En ce qui concerne la seconde partie, c'est-à-dire le développement du rôle des femmes dans la santé, notamment au niveau de la prise de décision, le Sous-comité propose comme but au niveau de l'Organisation, une proportion de 30% de femmes aux postes les plus élevés. Nous ne pouvons qu'être d'accord avec cette proposition qui nous paraît être un minimum, et nous souhaiterions savoir quelle est la proportion actuelle des femmes à ces postes, à quelle date le but fixé pourrait être atteint et quelles sont les mesures précises que l'organisation entend prendre pour l'atteindre. Je vous remercie.

The PRESIDENT: Merci. We will try to get some answers for you at the end of the discussion on that. Thank you. The Delegate of Cuba, please.

Dr. ANTELO PEREZ (Cuba): Muchas gracias, señor Presidente. La Delegación de Cuba quiere dejar constancia de su reconocimiento por los esfuerzos y preocupación de la OPS en promover el tema de la mujer, la salud y el desarrollo. También desea formular al respecto las consideraciones siguientes:

La mujer como grupo social es la que con mayor intensidad refleja la compleja interrelación que se produce entre las condiciones de salud, la educación y el progreso socioeconómico. Como beneficiaria y proveedora de salud, influye de forma determinante no solo en la familia sino en la comunidad y en la sociedad en su conjunto. Estamos de acuerdo, señor Presidente, con los antecedentes y bases políticas expresadas en el documento y quisiéramos destacar la importancia de superar los obstáculos señalados como requisito para alcanzar la plena igualdad de la mujer. Sabemos, por nuestra experiencia, que a la voluntad política debe unirse el respaldo jurídico-legal que permita la integración de la mujer al trabajo de la salud. Hoy podemos afirmar aquí que muchas de las estrategias propuestas por el Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo han sido sobrepasadas en nuestro país. En Cuba el Estado reconoce el papel fundamental que desempeña la mujer y respalda su más activa participación en las tareas de salud. Los planes de acción relativos a la mujer se han dirigido a disminuir los riesgos sobre su salud, contando para ello con el amplio y decidido apoyo de la Federación de Mujeres Cubanas. Esta organización femenina desarrolla una activa labor en programas tales como el de salud materno-infantil, el diagnóstico precoz del cáncer cérvico uterino, educación sexual de la población, campaña permanente de higiene ambiental, vacunación masiva, educación sanitaria de la población y promoción de salud. Para todo este trabajo, dicha organización femenina se apoya en el movimiento voluntario de brigadistas sanitarias.

Permítanos ilustrar la amplia e imprescindible participación de la mujer cubana en el sistema de salud como proveedora de servicios. Por ejemplo, el 43,9% de los médicos son mujeres; el 69,7% del total de los trabajadores de salud son mujeres; las mujeres ocupan el 44,9% de los cargos de dirección en todos los niveles del sistema de salud del país. Es de todos conocida la atención prioritaria que nuestra sociedad otorga a la mujer y que, en el caso de la salud, se concreta a través del programa materno-infantil, cuyos indicadores expresan el alto nivel alcanzado; por ejemplo, la mortalidad materna es de 3,1 por 10.000 nacidos vivos, la esperanza de vida de la mujer es de 75,2 años, las consultas médicas se ofrecen a un 12,8% de las embarazadas como promedio y los partos institucionales llegan al 98,8%.

El desarrollo previsto para los próximos años incluye avances sociales que ayudarán a mejorar el estado de salud de nuestra población y en ello la mujer continuará siendo una extraordinaria participante, no solo como beneficiaria del sistema de salud sino como proveedora de salud en el seno de la familia y la comunidad. El hecho de que nuestras mujeres integren el 36,6% de la fuerza laboral activa del país y constituyan el 49,5% de la población es evidencia del grado de responsabilidad real que asume la mujer en nuestro desarrollo social.

La inclusión del tema de la mujer, la salud y el desarrollo refleja la importancia que hoy le otorga la Organización Panamericana de la Salud, pero los éxitos de nuestra experiencia avalan el criterio de que es imprescindible el concurso de la mujer si pretendemos seriamente alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000. Por ello es de vital necesidad que la Organización le dé continuidad al tema de la mujer. A juicio de la Delegación de Cuba, la OPS debe utilizar todos los instrumentos a su alcance para garantizar el desarrollo de las posibilidades técnicas y profesionales de la mujer, estimulando la ubicación de mujeres en cargos de la Secretaría. Asimismo, consideramos de gran importancia que se establezcan mecanismos de cooperación regional para el intercambio de experiencias referentes a la participación y al desarrollo del trabajo de la mujer en las acciones de salud. Muchas gracias.

The PRESIDENT: Thank you so much. Next in our list is Bolivia, but I do not see anyone in the chair. I will call on that Delegation at the end of the discussion, if it is back. The United States of America, please.

Ms. KEFAUVER (United States of America): Thank you, Mr. President. The United States Delegation would also like to express its thanks to the Secretariat and to the Special Subcommittee on Women, Health, and Development for the report before us. We, too, fully support the strategies proposed in the document. The activities in this program should be an integral part of each of the technical programs of the Organization but there also must be a concerted attempt to obtain extrabudgetary funds for the conduct of specific country activities aimed

at achieving our goals. The program is starting from a solid base, because of PAHO's focal point and the commitment of the Special Subcommittee, but it is still in its infancy and we look forward to seeing the emphasis maintained for the improvement of the place of women in health and development in the countries of this Hemisphere and in PAHO. Thank you, Mr. President.

The PRESIDENT: I would like to call on the Inter-American Commission of Women, please.

Sra. JARDI DE MORALES MACEDO (Observadora, Comisión Interamericana de Mujeres): Gracias, señor Presidente. Tengo el honor de representar en esta Conferencia a la Comisión Interamericana de Mujeres y en su nombre quiero felicitar al Subcomité Especial de la Mujer, la Salud y el Desarrollo por el informe presentado, que contempla en forma muy ajustada las necesidades de la mujer de la Región en lo que a la salud se refiere. Asimismo, quiero extender nuestras felicitaciones al señor Director de la Oficina Sanitaria Panamericana por el apoyo que ha prestado a este grupo de trabajo y asimismo por su interés en el tema de la mujer, la salud y el desarrollo. Quiero, en especial, felicitar al grupo de trabajo por las estrategias formuladas para el futuro.

La Comisión Interamericana de Mujeres fue creada con el propósito específico de lograr el reconocimiento de los derechos civiles y políticos de la mujer del Hemisferio, pero pronto fue extendiendo sus áreas de acción a otras esferas, y actualmente una de las áreas prioritarias que abarca es la de la salud de la mujer. Si bien en el pasado hubo siempre una estrecha vinculación entre la OPS y la Comisión, y en muchas oportunidades realizaron actividades compartidas, fue en 1982 cuando se concretó un acuerdo entre ambos organismos especializados del Sistema Interamericano para realizar actividades conjuntas en este campo de interés común. Por eso, en las estrategias que formulemos para el futuro tendremos muy en cuenta las valiosas estrategias propuestas por el grupo de trabajo sobre la mujer, la salud y el desarrollo presentadas en esta Conferencia. Muchísimas gracias, señor Presidente.

The PRESIDENT: Thank you for your participation. The distinguished Delegate from Saint Lucia.

Dr. D'SOUZA (Saint Lucia): Thank you, Mr. President. I would like to thank the Secretariat for the report presented and for the initiative that PAHO has taken in this matter. I would like to take this opportunity to share with you some of the developments in the improvement of health services for women that have taken place in Saint Lucia. These include provision of antenatal and postnatal care services and the utilization by 90 to 95% of the women of Saint Lucia of these services, and the early identification of and prompt referral to a hospital of at-risk pregnancies. These and other services have succeeded in bringing our maternal mortality to zero during the past two years. We have had no cases of Tetanus neonatorum through our immunization programs for the

last four years and we have been able to provide, at this stage, services for cervical cancer and breast self-examination that cover nearly 80% of the population. Motivation for breast-feeding, a nutrition service, has also been provided. We are very glad to see that women, whom we consider to be in the forefront of development in Saint Lucia, are receiving these services.

Like previous speakers, I would like to mention that three fourths of our health providers are women, and we feel that the initiatives that have been taken will be successful only if there is professional and technical training for and career development of women. We would therefore stress the importance of strategy No. 5, because as long as women in society are dependent on other people for their resources, and in their careers, they will not be able to develop fully or fulfill their potential. Thank you, Mr. President.

The PRESIDENT: Thank you. I recognize the Delegate of Guatemala.

Dr. SOTO GOMEZ (Guatemala): Muchas gracias, señor Presidente. Solo deseo expresar que, a mi parecer, hay muchas cosas de interés para todos nosotros en la experiencia de Cuba. El Delegado de Cuba señaló algo muy importante a lo cual nosotros quisiéramos adherirnos, y es el intercambio de experiencias en cuanto a la participación de la mujer en el campo de la salud. Nada más y gracias, señor Presidente.

The PRESIDENT: Thank you. To finish with the list of speakers, I would like to recognize the Representative from the World Federation of Occupational Therapists.

Ms. NEUHAUS (Observer, World Federation of Occupational Therapists): Thank you, Mr. President. Distinguished Ministers and Delegates, on behalf of the World Federation of Occupational Therapists, I would like first to congratulate Dr. Macedo on his reelection as Director of the Pan American Health Organization. We commend him and the Subcommittee on Women, Health and Development on the forward-looking strategies for the advancement of women by the year 2000. In the profession of occupational therapy 95% of the practitioners are women and we are deeply committed to advancing the role of women in every aspect of their daily lives and to their rights to good health care. We appreciate especially that the strategies urge Member Countries to establish mechanisms to improve collaboration with nongovernmental organizations in matters pertaining to women, health and development. Nonetheless, we are concerned with the apparent decrease this year in women delegates from Member Countries; we trust that this is not an indication of the lessening of interest by Member Governments in assuring access of women to leadership positions. We hope that the great enthusiasm and support generated by the report by the 1985 Nairobi Conference will be maintained in the next quadrennium. The World Federation of Occupational Therapists welcomes the opportunity of working with PAHO and stands ready to assist the Member Countries in furthering the cause of women, health and development.

I thank you, Mr. President.

The PRESIDENT: Thank you. Before we move to the resolution, since the Delegate of France asked a number of questions regarding the percentage of women involved, I shall ask Dr. Macedo to give that information first.

Dr. GUERRA DE MACEDO (Director): Gracias, señor Presidente. Para contestar a la pregunta que fue hecha, deseo informar que hasta septiembre de 1986 el porcentaje de puestos profesionales ocupados por mujeres en la OPS, tanto en los países como en la Sede, es de 24%. La meta de 30% fue establecida por dos razones fundamentales: 1) porque es la establecida por el Consejo Ejecutivo de la OMS, para la propia OMS, a pesar de que la OPS fue la única de las Oficinas Regionales, incluida la Oficina Central de la OMS, que pudo cumplir la meta anterior, y 2) porque a nosotros nos parece una meta bastante factible la de pasar en un plazo de seis años de 24 a 30%.

The PRESIDENT: Thank you. I now ask the Rapporteur to read the proposed resolution which you will find on page 2 of the document from which we have been working. Please.

El RELATOR: El proyecto de resolución dice así:

THE XXII PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Having reviewed the Regional Forward-Looking Strategies on Women, Health and Development (WHD) prepared by the Special Subcommittee on Women, Health and Development and endorsed by the 97th Meeting of the Executive Committee;

Reaffirming the commitment of the Member Countries and the UN specialized agencies to the "Forward-Looking Strategies for the Advancement of Women to the Year 2000" (FLS) adopted by consensus at the UN World Conference on Women in Nairobi, in particular paragraphs 148 to 162;

Noting and supporting Resolution WHA39.18 of the World Health Assembly which endorses the FLS, advocates cooperation with other UN organizations in the implementation of the FLS, and requests a report to the Fortieth World Health Assembly on activities undertaken to implement the Strategies;

Reaffirming the importance of all previous PAHO resolutions on WHD, especially CD31.R14 which requests the Director of PASB to elaborate Regional Forward-Looking Strategies to be integrated into plans of action on WHD as part of the Health for All Strategies;

Reiterating that women's active participation as agents and beneficiaries is crucial to the attainment of Health for All by the Year 2000 in this Region and that WHD is an integral component of these efforts; and

Reaffirming the urgent need to improve the health of women in the Region and their access to quality health care,

RESOLVES:

1. To approve the Regional Forward-Looking Strategies on WHD proposed by the 97th Meeting of the Executive Committee.

2. To urge the Member Countries:

- a) To develop specific plans of action on women, health and development for the next five years (1986-1990) based on the strategies proposed by the Executive Committee;
- b) To strengthen national focal points on WHD by delegating authority to them and providing them with the resources needed to best carry out their functions;
- c) To ensure collaboration of interdisciplinary and intersectoral bodies in the implementation of national plans of action on WHD;
- d) To make maximum efforts to improve women's health conditions, giving special emphasis to i) the reduction of the unacceptably high maternal mortality rates that exist within many Member Countries; ii) strengthening efforts to reduce cancer mortality in women; iii) reducing the specific health risks of women within worker health programs; and iv) improving conditions affecting women's mental health;
- e) To ensure that health services meet women's needs and to improve their access to health care;
- f) To establish mechanisms for improved collaboration with nongovernmental organizations especially for women in developing WHD activities.

3. To request the Director:

- a) To reaffirm PAHO's commitment to the Regional Program on Women, Health and Development, taking the actions necessary to implement the Regional Forward-Looking Strategies, paying special attention to the following actions:
  - i) Strengthening WHD focal points in the PAHO Country Offices;
  - ii) Establishing mechanisms for exchanging experiences among national focal points;

- iii) Strengthening existing support mechanisms in the Organization for implementation of the WHD Program;
  - iv) Increasing mobilization of the resources required for the implementation of the proposed strategies;
  - v) Stimulating collaboration with other agencies to coordinate activities and mobilize additional resources.
- b) To prepare a regional contribution to the progress report requested by the World Health Assembly in its Resolution WHA39.18, taking into consideration the strategies proposed by the Executive Committee and the most recent report submitted by the WHD Subcommittee;
  - c) To establish a panel of experts in the Region to assist PAHO and the Member Governments in the implementation of the Regional Forward-Looking Strategies on WHD;
  - d) To encourage a more equal participation of women on all PASB committees;
  - e) To develop a plan to reach the target of 30% representation of women in professional and higher posts in PAHO.

#### LA XXII CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo revisado las Estrategias Regionales para el Futuro sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo (MSD) preparadas por el Subcomité Especial de la Mujer, la Salud y el Desarrollo y ratificadas por la 97a Reunión del Comité Ejecutivo;

Reafirmando el compromiso de los Países Miembros y las agencias especializadas de las Naciones Unidas con las "Estrategias orientadas hacia el futuro para el adelanto de la mujer hasta el año 2000", adoptadas por consenso en la Conferencia Mundial de Nairobi, en particular los párrafos 148 a 162;

Tomando nota y corroborando la Resolución WHA39.18 de la Asamblea Mundial de la Salud que respalda dichas Estrategias, propone su desarrollo con la colaboración de otras organizaciones de las Naciones Unidas y solicita se informe a la 40a Asamblea Mundial de la Salud sobre las actividades llevadas a cabo para la ejecución de las mismas;

Reafirmando la importancia de todas las resoluciones anteriores de la OPS sobre la mujer, la salud y el desarrollo, especialmente la CD31.R14 que pide al Director de la OSP que elabore Estrategias Regionales para el Futuro sobre MSD que se integren en los planes de acción como parte de las Estrategias de Salud para Todos en el Año 2000;

Reconociendo que la participación de la mujer como agente y beneficiaria es esencial para lograr la meta de Salud para Todos en el Año 2000 en la Región y que la MSD es un componente integral de estos esfuerzos, y

Reafirmando la necesidad de mejorar la situación de salud de la mujer en la Región y su acceso a los servicios de salud,

**RESUELVE:**

1. Adoptar las Estrategias Regionales para el Futuro sobre MSD propuestas por la 97a Reunión del Comité Ejecutivo.

2. Instar a los Gobiernos Miembros a que:

- a) Elaboren planes de acción específicos sobre MSD para los próximos cinco años (1986-1990), basándose en las Estrategias Regionales para el Futuro sobre MSD;
- b) Fortalezcan los puntos focales nacionales sobre MSD delegando en ellos autoridad y facilitándoles los recursos necesarios para cumplir más cabalmente sus funciones;
- c) Aseguren la colaboración de grupos interdisciplinarios e intersectoriales en la ejecución de los planes nacionales de acción sobre MSD;
- d) Realicen los máximos esfuerzos para mejorar las condiciones de salud de la mujer. Especialmente, se urge a i) reducir las inaceptables tasas actuales de mortalidad materna existentes aún en muchos de los Países Miembros; ii) reducir la mortalidad por cáncer en la mujer; iii) disminuir los riesgos específicos de la mujer trabajadora a través de los programas de salud de los trabajadores, y iv) mejorar las condiciones para promover una mayor salud mental;
- e) Aseguren que los servicios de salud satisfagan las necesidades de la mujer y mejoren su accesibilidad a los mismos;
- f) Establezcan mecanismos de trabajo conjunto con organizaciones no gubernamentales especialmente de mujeres en el desarrollo de actividades MSD.

3. Pedir al Director que:

- a) Reafirme el compromiso de la OPS de apoyar el desarrollo a nivel regional del Programa MSD y de tomar las acciones necesarias para ejecutar las Estrategias Regionales para el Futuro sobre MSD, prestando especial atención a las siguientes acciones:



- i) Fortalecer los puntos focales del programa en las Representaciones de la OPS en los países;
  - ii) Establecer mecanismos para el intercambio de experiencias entre los puntos focales de los países;
  - iii) Fortalecer los mecanismos de apoyo al Programa MSD existentes en la Organización;
  - iv) Aumentar la movilización de los recursos requeridos para la aplicación de las estrategias propuestas; y
  - v) Estimular la interacción con otras agencias para coordinar actividades y movilizar recursos adicionales;
- b) Elabore un informe regional como aporte a lo solicitado por la Asamblea Mundial de la Salud en la Resolución WHA39.18, teniendo en cuenta las estrategias propuestas por el Comité Ejecutivo y el último informe del Subcomité Especial de la Mujer, la Salud y el Desarrollo;
- c) Establezca un panel de expertos en la Región para asistir a la OPS y a los Gobiernos Miembros en el desarrollo de las Estrategias Regionales para el Futuro;
- d) Favorezca una participación más equitativa de las mujeres en todos los comités de la Oficina;
- e) Desarrolle un plan para lograr la meta del 30% de participación de las mujeres en los puestos profesionales y de mayor grado de la OPS.

The PRESIDENT: Thank you. You have heard the proposed resolution. Are there any objections or amendments to the resolution before this Conference? Are there any amendments to the resolution? Any objections? If not, I declare the resolution adopted. Thank you, Delegates.

Decision: The proposed resolution was unanimously adopted.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución.

ITEM 5.7: PROGRESS MADE IN THE USE OF TCDC/ECDC BY MEMBER GOVERNMENTS AND THE ORGANIZATION  
TEMA 5.7: ADELANTOS LOGRADOS POR LOS GOBIERNOS MIEMBROS Y LA ORGANIZACION MEDIANTE LA CTPD/CEPD

The PRESIDENT: We will then move on to our next item, which is item 5.7. I draw your attention to Document CSP22/11. The report will be read by a Representative of the Executive Committee. Dr. Gay has been

replaced by the distinguished Delegate of Costa Rica, Dr. Edgar Mohs, and I now ask him to read the report at this time.

Dr. MOHS (Representante del Comité Ejecutivo): Señor Presidente, el Comité Ejecutivo tomó nota de los adelantos logrados por los Gobiernos Miembros y la Organización mediante la CTPD/CEPD y el tema suscitó un interesante debate. El documento presentado (CE97/17) estaba centrado en el análisis de algunas áreas específicas.

En cuanto a los productos farmacéuticos y medicamentos esenciales, en el debate se destacaron las actividades conjuntas de la CTPD de producción, adquisiciones conjuntas, control de calidad e intercambio de información. En lo que se refiere a producción, los oradores aludieron a la importante colaboración entre la Argentina, Brasil, México y España para la obtención de materias primas y a los acuerdos iniciales adoptados por los países del Grupo Andino y por los de habla inglesa del Caribe. En lo tocante a adquisiciones conjuntas, conviene señalar los acuerdos entre países de la Comunidad del Caribe (CARICOM), del Convenio Hipólito Unanue y de Centroamérica y Panamá. Este último grupo había obtenido una subvención de los Países Bajos de US\$4 millones para un fondo rotatorio destinado a dichas adquisiciones conjuntas. El control de calidad había suscitado varias actividades de promoción y establecimiento de redes de laboratorios y formación de personal especializado. El intercambio de información se considera importante y se utiliza ampliamente en los países del Cono Sur y el Brasil, en los del Grupo Andino y en los de Centroamérica y del Caribe. Se señaló el establecimiento de redes de laboratorios y la formación de personal especializado en materia de inmunología y vacunas, gracias a la cooperación entre los países de la Región. En cuanto a biotecnología, se anunció la próxima iniciación de un programa importante que se ejecutará con recursos del PNUD en el contexto de la CTPD. En lo que respecta al mantenimiento de materiales y equipo, los oradores insistieron en las dificultades que entraña su mantenimiento y las pérdidas que se podrían evitar si pudieran conseguirse buenos consultores de habla hispana. A este respecto, se subrayó la importante labor que se está realizando en México, que pronto podrá ofrecer CTPD gracias a la importante ayuda que en materia de formación de personal está recibiendo de los Estados Unidos de América. El debate concluyó sin que se considerara necesario adoptar una resolución sobre el tema. Gracias, señor Presidente.

The PRESIDENT: Thank you. Any comments on the report at this time? United States, please.

Dr. DAVILA (United States of America): Muchas gracias, señor Presidente. The U.S. Delegation congratulates the Secretariat on an excellent overview of the status of technical cooperation activities of the countries in the Region. As noted in the report before us, since 1984, when the XXX Meeting of the Directing Council passed Resolution CD30.R3, PAHO has been actively promoting and assisting in the development of technical cooperation activities among countries. PAHO

has also taken the further step of including funds for TCDC intercountry activities in its technical cooperation program. We congratulate the Director and his staff on their efforts in lending such encouragement to the countries. The activities described in the progress report demonstrate that TCDC is, in fact, operating well, even though there are problems with continuity and funding. The areas of priority focus are well chosen, even if ambitious in intent.

We were interested to note in the report the discussion of activities in the sections of immunology, vaccines, and biotechnology. The setting of priorities in biotechnology and vaccines against rabies, dengue, respiratory diseases, and diarrhea is laudible. My Delegation would like to state that the National Institute of Allergy and Infectious Diseases is engaged in vaccine development relevant to some of these same priorities. The Institute has initiated a national and international program for the accelerated development of new vaccines. Five vaccines have been targeted for national priority. They are recombinant DNA-derived hepatitis B virus; live, attenuated respiratory syncytial virus; hemophylous influenzae type B; live, attenuated influenza; and varicella for immuno-compromised children. Other vaccines have been assigned highest international priority. They are Streptococcus pneumoniae, Plasmodium species, rotavirus, Salmonella typhi, and Shigella species. International collaboration with countries of this Region includes field trials of Rhesus rotavirus vaccines being conducted with the collaboration of Venezuela and Peru. Also, field trials of an oral bivalent Salmonella typhi and Shigella sonnei dysentery vaccine, and a monovalent oral typhoid vaccine are underway with the collaboration of Chilean colleagues.

The U.S. Delegation would also like to compliment the Organization on the section discussing cooperation in maintenance of physical infrastructure and biomedical equipment. Cooperation in these areas is a critical need in the Region and could be very cost effective in the long term. We would note, however, that in this section of the documents, the need for physical plant maintenance, architectural planning, sophisticated biomedical equipment maintenance and repair are all mixed together. The resources, training, and planning as well as the sources of technical and financial assistance for each of these areas are quite different. We would suggest that future reports organize the needs and activities in these areas separately. Mr. President, my Delegation believes that TCDC is an important part of PAHO's role in this Region. On page 19 of the document it is indicated that an assessment of the utilization of the financial resources provided by PAHO to support TCDC activities at the country level will be available by the end of the year: we look forward to that report. Thank you, Mr. President.

The PRESIDENT: Thank you. I recognize the Delegate of Mexico.

Dr. QUIJANO (México): Gracias, señor Presidente. Aun cuando los dos puntos a que me voy a referir fueron mencionados ya en el informe que presentó el Representante del Comité Ejecutivo, quiero insistir

brevemente en ellos. El primero se refiere a la posibilidad que tiene ahora nuestro país de cooperar con otros países en desarrollo en el abastecimiento de medicamentos esenciales que sirven para cubrir las necesidades más elementales de salud. De hecho, ya se realizó la primera operación de este tipo en beneficio de Guatemala y se le pudo proveer una cantidad importante de medicamentos durante la grave escasez que estaba padeciendo. El segundo punto se refiere al desarrollo de un centro tecnológico para mantenimiento de equipo médico que ya fue inaugurado en México y cuyas instalaciones puedo decir, a riesgo de ser tildado de orgulloso, son realmente buenas. Ese centro representa para México un ahorro importante porque ya ha permitido reparar equipo que hasta ese momento parecía completamente arruinado. Estamos dispuestos también a ofrecer capacitación para técnicos e ingenieros en el mantenimiento de equipo médico, lo que con seguridad será de mucho beneficio para todos los países de la Región. Muchas gracias, señor Presidente.

The PRESIDENT: Gracias. The Delegate of Cuba, please.

Dr. ANTELO PEREZ (Cuba): Muchas gracias, señor Presidente. El documento presentado muestra el esfuerzo conjunto realizado por la Organización y algunos Países Miembros en el campo de la CTPD. La capacidad desarrollada en ese campo con el fin de solucionar colectivamente los acuciantes problemas de salud que sufren los países en desarrollo ha permitido logros importantes en los últimos cuatro años. Se han emprendido una serie de actividades para hacer uso óptimo de los recursos económicos, ante la necesidad de suministrar medicamentos, vacunas y otros productos biológicos con el fin de alcanzar resultados favorables y no atrasarnos en la consecución de la meta de salud para todos en el año 2000.

En nuestra Región hay pruebas palpables de otras experiencias de CTPD en el sector de la salud. Hace ya cinco años que los Gobiernos de Nicaragua y de Cuba, en coordinación con la OPS, llevan a cabo un programa de formación de recursos humanos de nivel medio basado en los principios de CTPD, en el que el aporte de la Organización ha sido modesto y se han obtenido resultados muy importantes.

Por otra parte, en sus orientaciones programáticas para los próximos cuatro años, la OPS ha propuesto fortalecer la infraestructura de los servicios de salud sobre la base de una óptima utilización de los recursos, para lo cual será necesario contar con un cuerpo crítico de dirigentes y líderes de salud que lleven a la práctica estos propósitos.

La CTPD pone en manos de los países y de la Organización los mecanismos adecuados para facilitar la formación de ese grupo crítico, y podemos citar, a modo de ejemplo, la celebración de los coloquios sobre CTPD y de liderazgo en salud, como el que se ha celebrado en Cuba en el presente año de 1986, al que asistieron 11 países de la Región.

Por último, señor Presidente, quisiéramos dejar constancia en esta conferencia de la disposición de nuestro país a continuar cooperando en el futuro con los programas de CTPD relacionados con el fortalecimiento de la infraestructura de los servicios de salud de la Región y con otros programas que hemos venido ejecutando, por ejemplo, con México y Bolivia. Además, cabe mencionar el apoyo directo en asistencia médica que hemos prestado a más de 29 países y que tiene una tradición de más de 20 años. Consideramos que el análisis de este tema, por la importancia que reviste, debe tener cierta prioridad en nuestra asamblea. Muchas gracias.

The PRESIDENT: Muchas gracias. The Delegate of Brazil, please.

Dr. SALOMON (Brasil): Muito obrigado, Senhor Presidente. A cooperação técnica e científica entre o Brasil e os países da América Latina vem assumindo de maneira gradativa maiores proporções pela importância a ela atribuída pelas autoridades da área, com intercâmbio de pesquisadores de informação no campo da saúde. Recursos humanos em cursos de graduação, pós-graduação e especialização têm sido a nossa tradição neste intercâmbio. Entre as áreas que procuram o intercâmbio de interesse comum poderemos considerar o desenvolvimento de pesquisas na área de doenças sexualmente transmissíveis, particularmente o AIDS. O desenvolvimento de programas de combate as grandes endemias, o combate a zoonoses e a luta contra a hanseníase vêm ocupando papel importante nessa cooperação técnica entre os países da América Latina. A Fundação Oswaldo Cruz e o Instituto de Virologia da Faculdade Nacional de Córdoba, Argentina, vêm procurando desenvolver técnicas para encontrar recursos para as hepatites virais. O intercâmbio de pessoal especializado, a realização de investigações em conjunto, a incrementação numérica de recursos humanos para atuar contra o problema na América Latina, e o estímulo à produção de vacina contra a hepatite B. O Ministério da Saúde, através da Fundação Oswaldo Cruz, vem estabelecendo uma cooperação com São Tomé e Príncipe no campo da saúde materno-infantil, cujo principal objetivo é capacitar profissionais de nível superior para atender os diferentes itens do programa integrado de atenção à mulher e à criança. O Ministério da Saúde, também através da Fundação Oswaldo Cruz, vem procurando uma colaboração com o governo da Nicarágua através da produção e comercialização de farmaco-imunobiológicos e matérias-primas, planejamento e administração de sistemas de serviços de saúde, formação de recursos humanos e desenvolvimento de projetos de investigação em temas de interesse comuns. Ainda a Fundação Oswaldo Cruz vem estabelecendo com o Instituto de Medicina Tropical Pedro Koury, de Cuba, o Centro de Investigações Biológicas nos campos da patologia infecciosa e da biotecnologia, atividade que incluirá o intercâmbio de informações científicas, de especialistas e de esforços na formação de quadros nacionais para a região. Essas ações se realizarão nos campos de tecnologia do DNA recombinante de hibridomas, de anticorpos monoclonais com antígenos de interesses médicos reativos, entre outros. Portanto, e finalmente, deve-se recordar a recente visita do Ministro da Saúde Pública e Bem-Estar Social do Paraguai ao Brasil, quando se estabeleceu

um importante programa de cooperação técnica na luta contra o Aedes aegypti. Assim, o Governo brasileiro vem procurando, dentro de suas limitações, ampliar a sua cooperação técnica, dividindo os nossos poucos recursos com os países vizinhos. Muito obrigado.

The PRESIDENT: Thank you. I recognize next the Delegate of Nicaragua.

Dr. SAMPSON (Nicaragua): Hemos examinado con detenimiento el documento correspondiente al tema. Si bien se reconoce que la cooperación técnica entre todos los países desarrollados, subdesarrollados y en desarrollo es de fundamental importancia para el logro de la salud para todos, nunca sería demasiado el esfuerzo conjunto que podamos desplegar específicamente en función de la CTPD. Por eso nos permitimos reiterar señor Presidente, que el documento que ha preparado la Secretaría y que ahora se nos presenta para su análisis y consideración reviste una importancia de primer orden para nuestra Delegación. La CTPD es un elemento esencial de las estrategias nacionales, regionales y mundiales.

Cuando revisábamos las orientaciones y prioridades programáticas para la OPS en el cuatrienio 1987-1990 y cuando nos deteníamos en el carácter esencial del proceso de administración del conocimiento, no podíamos dejar de pensar que la CTPD está llamada a desempeñar una función en este campo, para sustentar y apoyar la transformación que se requiere en los sistemas de salud de nuestros países. Es evidente que la voluntad política y los acuerdos voluntarios entre gobiernos, como premisas para el fortalecimiento y desarrollo de la CTPD, así como la incesante identificación de mecanismos viables para llevar a cabo estas actividades, deben formar parte de la cooperación complementaria que organismos como la OPS pueden decididamente aportar a los nobles esfuerzos de los países en desarrollo.

Señor Presidente, Nicaragua es un país pequeño que ha sido agredido ilegal e inmoralmemente desde el punto de vista militar y económico y, sin embargo, no escatima esfuerzos para mejorar el entendimiento, la solidaridad, y la cooperación entre los países de esta Región. Tomamos nota con agrado de los adelantos logrados por los Gobiernos Miembros de la OPS en materia de cooperación técnica y económica. Nuevas iniciativas subregionales de cooperación en salud parecen agregarse a la ya exitosa marcha del Plan de Necesidades Prioritarias de Salud en Centroamérica y Panamá. Los productos farmacéuticos y medicamentos esenciales, vacunas, la inmunología, la biotecnología y el mantenimiento de recursos físicos y de equipo biomédico constituyen puntos de desarrollo científico-técnico para nuestros países--puntos de desarrollo que, a través de esfuerzos conjuntos y compartidos, podrían hacernos avanzar hacia el rompimiento de la dependencia casi total de los países en desarrollo y en el establecimiento de un nuevo orden internacional. Tenemos la percepción de que la OPS no decaerá en tan nobles propósitos. Muchas gracias.

The PRESIDENT: Thank you. The Delegate of France.

Dr. DEMEULEMEESTER (France): Je serai très bref. Deux points ont retenu plus particulièrement notre attention. Il s'agit d'une part de la création de centres d'immunologie en Amérique centrale et dans les Caraïbes, pour lesquels nous souhaiterions que la France puisse être intégrée dans un tel réseau par l'intermédiaire des laboratoires qui travaillent sur ce sujet en Martinique et en Guadeloupe. Et le deuxième point, c'est la maintenance, qui est un programme que nous appuyons et auquel la France pourrait participer notamment en matière de formation de personnel.

The PRESIDENT: I recognize the Latin American Association of Pharmaceutical Industries.

Dr. ZAVALLA CARBO (Observador, Asociación Latinoamericana de Industrias Farmacéuticas): Muchas gracias, señor Presidente. La Asociación Latinoamericana de Industrias Farmacéuticas (ALIFAR) es la entidad que agrupa a los empresarios nacionales latinoamericanos que poseen laboratorios farmacéuticos cuyo capital proviene exclusivamente de nuestras naciones. Agradecemos a la OPS esta nueva oportunidad de presenciar las deliberaciones de la Conferencia Sanitaria Panamericana, porque nos permite conocer la problemática de la Región a la cual estamos tan íntimamente ligados.

Mi intervención está motivada por la ferviente preocupación que existe en nuestra industria por el tema de los medicamentos esenciales y, sobre todo, en los laboratorios nacionales. Esto se puso de manifiesto en un foro latinoamericano de la industria farmacéutica que tuvo lugar con mucho éxito en la ciudad de México, en julio pasado. Por eso es que solicitamos a los señores Delegados que tengan presentes las consideraciones de la ALIFAR respecto del programa de medicamentos esenciales y que me voy a permitir leerles.

Los programas de medicamentos esenciales deben dirigirse a complementar, no a sustituir, el mercado farmacéutico privado, medio principal para satisfacer adecuadamente la demanda global de medicamentos y para promover la innovación tecnológica, la competencia y el desarrollo industrial y asegurar la coherencia de los programas con los sistemas socioeconómicos y políticos que han elegido nuestros países y evitar la estratificación de la industria farmacéutica.

Estos programas, que en sentido estricto van dirigidos a asegurar el acceso de poblaciones de menores recursos a los medicamentos, deben estar respaldados por una política general de producción y comercialización de medicamentos cuyo alcance no puede basarse en un número determinado de clases terapéuticas sino que debe orientarse a asegurar la disponibilidad, seguridad y continuidad de la producción y el abastecimiento de medicamentos de invariable calidad y permanente mejora y actualización del arsenal terapéutico de los países.

Elemento fundamental de una política nacional de medicamentos es la existencia de una competencia adecuada entre laboratorios y para ello es primordial que exista un régimen jurídico que en primer lugar y fundamentalmente evite la existencia de cualquier tipo de monopolio en la materia. Eso es todo, señor Presidente. Muchas gracias.

The PRESIDENT: I thank the participants on item 5.7. We will ask the Rapporteur to prepare a draft resolution for distribution at a subsequent plenary meeting, and we will conclude the discussion at this time.

ITEM 5.8: EXPANDED PROGRAM ON IMMUNIZATION IN THE AMERICAS  
TEMA 5.8: PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION EN LAS AMERICAS

The PRESIDENT: I would like to move to item 5.8, entitled "Expanded Program on Immunization in the Americas." You will find it as Document CSP22/24. If I may, on your behalf I would ask Dr. Mohs to present his report on this agenda item.

Dr. MOHS (Representante del Comité Ejecutivo): Señor Presidente. El informe sobre la marcha de las actividades del PAI, presentado al Comité Ejecutivo en cumplimiento de una resolución del Consejo Directivo, contenía una descripción de los progresos alcanzados desde septiembre de 1985 y en especial de las actividades realizadas en los países y a nivel regional después de la decisión de acelerar el Plan de Acción para la erradicación de la transmisión autóctona del virus salvaje de la poliomielitis en las Américas para 1990. Aunque no requería la adopción de nuevas decisiones por parte del Comité, despertó vivo interés y suscitó un interesante debate en el que fueron unánimes los elogios al PAI por su eficacia y utilidad. Como conclusión al debate, el Director hizo una declaración de la que cabe destacar que considera la vacunación solo como una parte del esfuerzo que comprende, entre otras cosas, la promoción de los servicios de salud, la vigilancia de la calidad de las vacunas, su inocuidad, la capacitación de personal y la investigación. También hizo referencia al peligro de creer que las campañas y las jornadas de vacunación masiva bastan por sí solas, independientemente de los servicios de atención de salud. Señaló que esas campañas se deben aprovechar precisamente para perfeccionar los servicios, que son lo fundamental. El Director se mostró optimista en cuanto al logro de las metas propuestas para 1990. Muchas gracias, señor Presidente.

The PRESIDENT: Thank you. I would like to ask Dr. de Quadros to report on the subject as well. Dr. de Quadros, please.

Dr. DE QUADROS (OSP): Muchas gracias, señor Presidente. Señores delegados, deseo presentar rápidamente un pequeño informe sobre el progreso realizado desde la reunión del Comité Ejecutivo. Entre los aspectos técnicos que se discutieron en esa reunión figuraban los relacionados con la vigilancia epidemiológica y con el apoyo de laboratorio a las



actividades del programa. Me complace informar que se ha terminado de preparar el manual para los responsables de la vigilancia epidemiológica y que el curso sobre laboratorios, con participantes de 15 países de la Región, concluyó en la primera semana de este mes. Merece destacarse la gran colaboración recibida de los Centros para el Control de Enfermedades (EUA), de Atlanta, Georgia, tanto para la preparación del manual como en relación con el curso sobre laboratorios.

También es importante mencionar la tercera reunión del Grupo Técnico Asesor del PAI, que tuvo lugar en Brasilia durante la segunda semana de septiembre, en la que se examinó el avance del programa en varios países, especialmente en México y Brasil, que están trabajando muy estrechamente en el desarrollo de nuevas metodologías de vigilancia epidemiológica.

Consideramos de interés recalcar algunos de los datos que aparecen en el informe del grupo, que se les ha entregado; fundamentalmente, que en varios países la cobertura de vacunación disminuyó en 1985, específicamente en lo que se refiere a la poliomelitis y a las campañas nacionales o días nacionales de vacunación. Se identificaron algunos factores importantes que explican esa disminución, tales como una menor atención a los preparativos de ciertas fases de las jornadas de vacunación, disminución del apoyo logístico, falta de difusión en los medios de comunicación social, y una menor participación de la población, especialmente de los niños que ya habían recibido una dosis de vacuna. El grupo solicita que se dé atención inmediata a esos aspectos, fundamentalmente que se mejoren la capacitación del personal responsable de los programas y la distribución de los puestos de vacunación y que se hagan mayores esfuerzos para promover y organizar las actividades intensificadas de vacunación.

Otro aspecto fundamental es la vigilancia epidemiológica, que también debería intensificarse en la mayoría de los países, ya que en los primeros meses de trabajo solamente unos seis países habían realmente aumentado la búsqueda activa de casos.

En cuanto al aspecto financiero, es importante mencionar, aunque el Director ya lo hizo ayer, el acuerdo firmado con la Agencia para el Desarrollo Internacional (EUA), que proporcionará una subvención de US\$20.6 millones, el fuerte apoyo recibido del UNICEF del orden de \$17 millones y del Club Rotario Internacional, que ha desembolsado unos \$6 millones hasta el momento y proyecta proporcionar unos \$12 millones en los próximos cinco años. En relación con el Banco Interamericano de Desarrollo se estima, como el Director mencionó, que en octubre será aprobada la subvención. Me complace además informar que recientemente el Gobierno del Canadá, a través de la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (CIDA), también ha hecho una contribución de \$35 millones para los programas de inmunización de los países de la Comunidad del Caribe y los de habla francesa. Sin duda, los países del Caribe, especialmente esos grupos, se beneficiarán enormemente de esta ayuda bilateral.

Por último, señor Presidente, permítame resumir los datos más recientes sobre la situación de la poliomielitis en la Región. Hasta el 20 de septiembre se había notificado a la OPS un total de 781 casos en comparación con 636 casos notificados para el mismo período en 1985. Aunque este aumento de casos refleja una mayor incidencia de la enfermedad en tres países: Brasil, Colombia y Guatemala, también refleja el mejoramiento de los sistemas de vigilancia epidemiológica en la Región. Es importante mencionar además que en 1986 los casos se han registrado en 10 países, y los de 1985 se registraron en 15 países. Los países que notificaron casos en 1985 pero no en 1986 son: los Estados Unidos de América, Canadá, Argentina, Paraguay y República Dominicana. Muchas gracias, señor Presidente.

Dr. QUIJANO (México): La Delegación de mi país revisó con cuidado el informe de la Organización referente a los adelantos del Programa Ampliado de Inmunización y se une a lo dicho por los otros oradores. Se siente muy contento de que la mayoría de los países hayan logrado coberturas elevadas de vacunación de los niños menores de un año, excepto en el caso del sarampión, que sigue siendo la enfermedad notificada con mayor frecuencia.

En lo que se refiere a México el avance es el siguiente: en los últimos cuatro años se ha reducido en un 35% la morbilidad por las enfermedades que abarca el PAI y confiamos en que seguirá disminuyendo. En cuanto a la poliomielitis, en las 32 semanas de 1986 analizadas ha habido una disminución del número de los casos de poliomielitis, que representa casi un 40% en relación con los del año anterior. Nuestro país presentó en mayo de 1986 su Plan Nacional de Acción para 1986-1990, en el que se especifican el monto, las metas, las fuentes de recursos y la unidad responsable de cada actividad. En enero y marzo de 1986 se llevaron a cabo los días nacionales de vacunación antipoliomielítica, en los que se logró atender a casi un 90% de la población objetivo. Queremos aprovechar esta oportunidad para agradecer la importantísima cooperación recibida de la OPS, del UNICEF y del Club Rotario Internacional.

En la última semana de octubre de 1986 se llevará a cabo una fase intensiva de vacunación antisarampionosa mediante la cual se intentará lograr la completa cobertura de los niños de 12 a 35 meses. El grupo encargado de este programa en México se ha encargado de preparar, de acuerdo con los consejos y el asesoramiento del grupo del Dr. de Quadros, un manual normativo de vigilancia epidemiológica que difunde los conceptos de casos sospechosos, casos probables y casos confirmados. En agosto de 1986 se realizó una reunión nacional en la que se discutió el manual normativo y se dio a conocer la información referente a la vigilancia epidemiológica.

En julio de 1985 se hizo una evaluación del programa nacional de inmunización y para julio de 1987 se piensa realizar una segunda evaluación en cumplimiento de las recomendaciones hechas por la OPS. Esperamos que dentro de un año podamos venir con información más optimista.

Por último, yo quisiera hacerles saber a todos los países de la Región que ya se han iniciado los trabajos para construir y poner en marcha una nueva planta--aunque ya tenemos una que se va a mejorar y a ampliar--de producción de biológicos y reactivos con una capacidad mucho mayor y, por supuesto, que cumplirá con las exigencias de calidad y con los lineamientos internacionales, ya que nuestras instituciones son de referencia y se someten a la auditoría periódica de la OMS y de la OPS. Muchas gracias, señor Presidente.

The PRESIDENT: Thank you for the report. I would like to recognize the Delegate of Saint Lucia.

Dr. D'SOUZA (Saint Lucia): Thank you, Mr. President. The Expanded Program on Immunization has been one of the success stories in health, and this is particularly true of the countries of the Eastern Caribbean. We are proud to report that in Saint Lucia our immunization coverage against the six preventable diseases of childhood is in the region of 80 to 90%. In addition to immunization against the EPI diseases, there are also large programs against rubella; all girls under the age of 18 years now have been immunized against rubella. This program will be expanded to all the age groups as funds and resources become available. We have also introduced measles, mumps, and rubella immunization in the first two years of the child's life.

All these would not have been possible without the considerable support and assistance given by PAHO to the Expanded Program on Immunization. We wish to thank PAHO and other interested organizations like Rotary, UNICEF, and Partners of the Americas for their support in this program.

We would like at this point to caution against complacency although considerable progress has been achieved. Despite that, the Expanded Program on Immunization has many problems, particularly in relation to delivery of vaccines on time, the maintenance of the cold chain inside the countries, and the follow-up of defaulters, people who come for one immunization and then fail to return. We would suggest that in this next quadrennium attention be given to assisting countries in these areas, because this program, Mr. President, should not be allowed to fail. It is a considerable success and I believe that this is one of the objectives we shall achieve by the year 1990. Thank you very much.

The PRESIDENT: Thank you, delegates. What I will propose is that, since the Horwitz Award, which you find as item 8.3 on our agenda, was scheduled for 4:00 p.m., I will list the speakers that want to address this question and we will recess at this time for coffee. We can then reconvene at 4:00 p.m. because we are expecting a number of guests then. We will have the Horwitz Award and return to this agenda item after that. We now have a recess till 4:00 p.m.

The session was suspended at 3:45 p.m. and resumed at 4:10 p.m.  
Se suspende la sesión a las 3:45 p.m. y se reanuda a las 4:10 p.m.

## ITEM 8.3: ABRAHAM HORWITZ AWARD FOR INTER-AMERICAN HEALTH

## ITEM 8.3: PREMIO ABRAHAM HORWITZ PARA LA SALUD INTERAMERICANA

The PRESIDENT: Distinguished Delegates, members of delegations, ladies and gentlemen. This item on the agenda is, for all of us I am sure, a highlight of this Conference, and it is with great pleasure and honor that I introduce the subject to you. This year the Abraham Horwitz Award for Inter-American Health has been placed on our agenda, thus emphasizing its importance to PAHO. I now have the pleasure of opening the ceremony and welcoming the guests, and in a moment I will ask Dr. Macedo to speak about the Award and to introduce Dr. Abel Wolman, former Honorary President of PAHEF, who will introduce the Award winner. This Award, now being given for the ninth time, has recognized the variety of professions essential for effective health services. It has become a badge of recognition and a motivating force for all health workers in the Americas. We recognize the importance of dedicated and inspiring individual leaders, and therefore it is fitting that the Delegates and friends assembled here have the opportunity to honor such a leader. I would ask the Director to speak with respect to the Award itself.

Dr. GUERRA DE MACEDO (Director): Thank you very much, Mr. President. Mi querido amigo Dr. Wolman, compañero de trabajo Dr. Horwitz, querido amigo Dr. Abraham Drobny, señor Clarence Moore, señor Embajador de la República del Uruguay, mi querido Dr. Szyfres. En esta novena ceremonia anual del Premio Abraham Horwitz, una vez más se reconoce la labor de todos los trabajadores de salud de las Américas al otorgar a uno de ellos un galardón especial con motivo de su sobresaliente contribución a la salud y el bienestar en las Américas.

Este premio fue creado por la Fundación Panamericana de la Salud y Educación (PAHEF) y por el personal de la OSP como una expresión de admiración y afecto al Dr. Horwitz, cuya presencia permanente en esta casa, trabajando con nosotros, nos hace sentirnos felices y honrados al contar con su inspiración, ayuda y solidaridad.

Este premio es solamente una muestra de las innumerables formas de cooperación que la Organización Panamericana de la Salud ha tenido con PAHEF en los últimos 16 años, es decir, desde el comienzo de las actividades de la Fundación. Como ustedes saben, PAHEF fue creada para apoyar los objetivos fundamentales de la OPS y de la OMS. Por el hecho de ser un organismo sin fines de lucro, su flexibilidad organizativa le ha permitido utilizar donativos, subsidios y préstamos para financiar programas de salud en todos los países de las Américas. En estrecha colaboración con el Presidente de PAHEF, Dr. Abraham Drobny, aquí presente, esperamos continuar esta gratificante relación de trabajo y de cooperación.

Tengo ahora el placer de dar la bienvenida al Dr. Abel Wolman, Presidente Honorario Vitalicio de PAHEF, quien presentará al ganador del Premio Abraham Horwitz. Es un honor para nosotros poder contar una vez

más con la presencia del Dr. Wolman. Por más de 70 años--años muy queridos--desde la Universidad Johns Hopkins, él nos ha enseñado, aconsejado, inspirado, estimulado y guiado en el campo del saneamiento ambiental y en otras actividades. Atendiendo a una solicitud del Dr. Mahler, el Dr. Wolman ha escrito recientemente la historia de la salud ambiental, cuya aparición esperamos ansiosamente, pues sin duda alguna nos servirá de orientación en este campo de nuestras actividades.

Dr. WOLMAN (Honorary Life President, PAHEF): I am authorized by the action of the PAHEF Board of Trustees and its President, Dr. Drobny, and I may say also by the health workers in the Americas in total, to greet you, Dr. Szyfres, and to present you with this significant citation.

This Award was named for Dr. Horwitz, for his contributions to health as an inspiring teacher, a profound scientific thinker and an administrator of initiative and foresight. I might add--even though it is not in the text--a very dear and old friend of my own.

The task of recommending a person to the Board of Trustees of the Pan American Health and Education Foundation is not an easy one. It was intended many years ago that an Awards Committee generally would review those in South America, in particular, who might be nominated because of excellence in education, research or administration. The major criteria used by the search was the effect of each candidate's accomplishments on health throughout the Americas. I share with you, Doctor, the fact that from the beginning some nine years ago, we were confronted with riches of selection and of opportunities, and it is an added encomium, if I have to make it, in your case as well.

After a painstaking review, the Committee agreed unanimously to recommend to the Board of Trustees that the 1986 Award be given to you, the former Director of the Pan American Zoonoses Center. I should, perhaps, secretly indicate to you that, as Chairman of this Selection Committee, I do not vote until the members have reached a unanimity of agreement. For some years, there has been a growing recognition of the importance of animal health to man. You have dedicated your professional life to research in zoonoses, to developing and directing Region-wide programs to combat these diseases. You are the co-author, with one of your accompanying people, of the book on zoonoses in Spanish and of the English edition. It is widely used in schools of veterinary medicine and zoonoses programs in North and South America and, of course, in other parts of the world. It fascinates me, in looking over your curriculum vitae and your bibliography and, incidentally, the prior series of awards you have won, when I see you to discover that, at least physically, you stand up under it all.

We look forward to your lecture on the subject of your choice. I know from reviewing some of the material which you produced that the interest in animal diseases is timely because they have a major and significant relationship to the diseases of man. We look forward to your

lecture on the subject. First, however, I want to say that it is my privilege and a very great pleasure to present this certificate of the Abraham Horwitz Award for Inter-American Health, and a check of unknown quantity which I did not dare open. I am ready for the presentation. For your outstanding contribution to the improvement of health in the Americas.

The President of the Conference, Mr. Epp, the Honorary Life President of PAHEF, Dr. Wolman, and the Director of PASB, Dr. Guerra de Macedo, presented the Abraham Horwitz Award to Dr. Szyfres.  
El Presidente de la Conferencia, Sr. Epp, el Presidente Honorario Vitalicio de PAHEF, Dr. Wolman, y el Director de la OSP, Dr. Guerra de Macedo, hacen entrega del Premio Abraham Horwitz al Dr. Szyfres.

(Applause)

(Aplausos)

Dr. SZYFRES (Ganador del Premio Abraham Horwitz para la Salud Interamericana): Señor Presidente, señores Ministros y Delegados, señor Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, Dr. Wolman, Dr. Abraham Horwitz, señor Embajador del Uruguay, señor Presidente de la Fundación Panamericana de la Salud y Educación, Dr. Abraham Drobny, colegas, amigos, damas y caballeros. Es para mí un gran honor y satisfacción recibir el Premio para la Salud Interamericana que lleva el ilustre nombre del Director Emérito de la Organización Panamericana de la Salud, Dr. Abraham Horwitz. Recibo este premio en nombre de mis colegas, y especialmente de mis excolaboradores de diferentes profesiones y disciplinas del Centro Panamericano de Zoonosis. Todos ellos contribuyeron con sus actividades en el campo de la salud pública veterinaria a mejorar la salud y el bienestar de los pueblos americanos. Los veterinarios y la sociedad entera tenemos con el Dr. Horwitz una deuda de gratitud, ya que con su amplia visión de la salud pública fue el promotor del desarrollo de la salud pública veterinaria en las Américas. Su enfoque multidisciplinario y multisectorial encuentra su mejor expresión años más tarde en la Declaración de Alma-Ata de 1978. El objetivo de la Conferencia de Alma-Ata, la salud para todos en el año 2000, será alcanzado solo mediante la cooperación y coordinación del sector salud con los sectores de agricultura, ganadería, educación y otros que "contribuyen a promover la salud y la atención primaria de salud".

En un informe de expertos FAO/OMS en veterinaria de salud pública se define esta actividad profesional como "La utilización de las técnicas, los conocimientos y los recursos de la veterinaria para la protección y el mejoramiento de la salud humana" y se señalan nueve áreas programáticas diferentes en que el médico veterinario actúa en beneficio de la salud humana. Si bien todas esas áreas son de interés para la salud humana, el tiempo nos permite ocuparnos solamente de algunas de

ellas, tales como las zoonosis, la protección e higiene de los alimentos y la patología y medicina comparadas. Por otra parte, estas son las principales actividades dentro del programa de salud pública veterinaria de la OPS. Por inclinación personal, mi énfasis irá hacia las zoonosis.

Tienen interés, desde el punto de vista de la salud pública, tanto las zoonosis, es decir "las enfermedades que se transmiten naturalmente de los animales vertebrados al hombre, y viceversa", como las enfermedades transmisibles comunes al hombre y a los animales causadas por agentes etiológicos de una fuente ambiental no animal. El número de las zoonosis está en continuo aumento, a medida que el hombre invade y modifica los diferentes ecosistemas naturales y a medida que se incrementan nuestros conocimientos y se perfecciona nuestra tecnología diagnóstica. Esto último nos ha permitido identificar entidades mórbidas zoonóticas que existían desde hace mucho tiempo en el biotopo humano, pero se confundían con otras enfermedades más comunes. Nuestra inclinación antropocéntrica nos lleva a separar y distinguir un grupo de enfermedades que denominamos zoonóticas; lo hacemos sobre todo por un sentido utilitario, ya que la definición del término nos indica que el control tiene que llevarse a cabo sobre los animales para poder proteger la salud del hombre.

La transmisión entre las especies es un fenómeno biológico común, si bien hay infecciones muy adaptadas a una sola especie animal, es decir especie específica. Para esta adaptación de un agente etiológico a una sola especie se han necesitado posiblemente muchos milenios y condiciones ecológicas favorables. Así, se acepta que muchas de las enfermedades estrictamente humanas nacieron originalmente de una fuente animal y se han adaptado al hombre en los últimos 5000 años. Muchas enfermedades se han hecho "humanas" cuando el hombre se estableció en ciudades, en las que la densidad de la población favoreció su transmisión. Mientras el hombre era cazador, comía frutas silvestres y vivía en pequeños grupos en forma similar a los animales de la selva es muy probable que sus enfermedades fueran las zoonosis que se encontraban en los focos naturales. Al domesticar a los animales, muchas zoonosis se trasladaron de los focos naturales a los nuevos hábitats humanos, tanto nómadas como fijos.

Aun hoy en día el animal doméstico y el peridoméstico sirven muchas veces de enlace entre los focos naturales y el biotopo humano. La infección por Trypanosoma cruzi en la región del Caribe, la Amazonía Brasileña y el sur de los Estados Unidos de América circula entre los animales silvestres. Los casos humanos son raros, esporádicos y ocurren solo cuando el hombre penetra en los focos naturales. Con la domiciliación de los triatomíneos, se establecieron en América del Sur áreas con elevada endemicidad de la enfermedad de Chagas, en las que la infección circula entre los animales peridomésticos, los domésticos y el hombre. La infección ha evolucionado a partir de animales silvestres, en los que está largamente adaptada y es aparentemente asintomática, para convertirse en una zoonosis rural donde afecta tanto a animales

domésticos como al hombre. En la actualidad, en presencia del vector, la infección podría mantenerse por transmisión exclusivamente interhumana. Vemos, por consiguiente, como una enfermedad de animales silvestres se convierte en una zoonosis y puede, en circunstancias favorables, hacerse independiente de la fuente animal.

La publicación de la OPS titulada Zoonosis y Enfermedades Transmisibles Comunes al Hombre y a los Animales, cuya segunda edición verá la luz en pocos días, trata de 174 enfermedades de los tipos indicados en el título. Hay varias zoonosis nuevas que no se conocían hace pocos años. Entre ellas, la enfermedad de Lyme fue definida como entidad clínica en 1977 y su agente, Borrelia burgdorferi, fue aislado y caracterizado en 1982. En América Latina surgieron en los últimos años la encefalitis de rocío y la fiebre de Oropouche; esta última originó múltiples epidemias con miles de enfermos en el nordeste del Brasil. En Africa, hay que destacar la aparición de una nueva virosis, la enfermedad de Ebola, y la extensión a nuevos territorios del virus de la fiebre del Valle del Rift, provocando en 1977-1978 decenas de miles de casos humanos y grandes estragos en la economía ganadera de Egipto, con lo que la alarma cundió en todo el mundo.

A los múltiples agentes de enfermedades diarreicas del hombre y de los animales inferiores se agregan ahora el protozooario Cryptosporidium y la bacteria Campylobacter jejuni, distribuidos en todo el mundo. La lepra, que se consideraba una enfermedad exclusivamente humana, ha sido localizada en armadillos de nueve bandas en el sur de los Estados Unidos de América y en primates no humanos en Africa. Tanto en unos como en otros se pudo comprobar la presencia de una bacteria con las características de Mycobacterium leprae. Es poco probable que estos animales sirvan de fuente de infección para el hombre, pero indudablemente servirán para ampliar los conocimientos sobre la enfermedad, el tratamiento, la prevención y el control.

El tifus epidémico o clásico por Rickettsia prowazekii se consideraba hasta hace pocos años como una infección exclusivamente humana. Entre 1977 y 1978, en los Estados Unidos de América, donde la enfermedad no había aparecido desde 1922, se registraron en varios estados casos esporádicos que no estaban asociados a la transmisión por piojos "humanos". El agente fue aislado de la ardilla voladora, Glaucomys volans volans, y de sus ectoparásitos, habiéndose revelado así el misterio de la fuente de las infecciones humanas. Todos estos hechos indican la necesidad de una alerta y vigilancia continua de parte de las autoridades de salud, y particularmente de salud pública veterinaria.

No todas las zoonosis tienen la misma repercusión en la salud pública y la economía. Las salmonelosis, la brucelosis y la tuberculosis inciden en ambos campos. Las fiebres hemorrágicas Argentina y Boliviana o la fiebre de Lassa son importantes enfermedades humanas, pero su impacto en la economía es nulo, si se hace caso omiso de los gastos de tratamiento y de horas/hombre perdidas. En cambio, la fiebre aftosa provoca rara vez un cuadro clínico en el hombre, pero ocasiona tremendos estragos en la economía de los países.



El Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, Dr. Carlyle Guerra de Macedo, al inaugurar el nuevo edificio y las instalaciones que el Gobierno de la República Argentina donó al Centro Panamericano de Zoonosis, hizo un análisis retrospectivo de la labor y de los logros de ese organismo. En su discurso del 9 de noviembre de 1984, el Director comparó la situación reinante en los Países Miembros antes del inicio de las actividades del Centro y después de 25 años de labor. Destacó el caos que reinaba en el diagnóstico, la mala calidad de los inmunógenos, la carencia de personal adiestrado y la falta de planificación en el control de las zoonosis. El Centro Panamericano de Zoonosis, con recursos reducidos, pudo remediar en gran parte esta situación, llenando el vacío existente con la provisión a los países de guías y orientaciones para la lucha contra las zoonosis, el establecimiento de cursos y el adiestramiento individual en técnicas de laboratorio y procedimientos prácticos, con cepas para elaborar vacunas y antígenos, la recepción de productos biológicos para pruebas de referencia de calidad, el asesoramiento sobre planificación de programas de control y la iniciación de proyectos de investigación para solucionar problemas en los países o para obtener vacunas y medios diagnósticos más simples o más fidedignos. No menos importantes fueron sus trabajos de microbiología de los alimentos, al facilitar a los países un lugar de adiestramiento, asesoría y elaboración de normas. Hoy en día los Países Miembros usan antígenos y pruebas estandarizados para el diagnóstico de la brucelosis y la tuberculosis, las vacunas y los métodos diagnósticos de la rabia han mejorado notablemente, así como el diagnóstico de la hidatidosis humana y de la leptospirosis.

Con la ayuda del Banco Interamericano de Desarrollo se ha podido reforzar en varios países la infraestructura de los servicios veterinarios y establecer programas de control contra la fiebre aftosa y contra varias zoonosis.

La segunda función importante del médico veterinario de salud pública es la protección e higiene de los alimentos, desde la producción hasta el consumo. El veterinario es responsable, sobre todo, de los alimentos de origen animal (carne, leche, huevos, pescado y otros frutos del mar). La inspección de alimentos de origen animal es actualmente una tarea muy complicada que requiere la colaboración de especialistas de otras profesiones. No se trata de proteger al consumidor, exclusivamente, de los agentes de múltiples enfermedades transmisibles, sino también de residuos de plaguicidas, herbicidas, antibióticos, anabólicos nocivos, metales pesados y metabolitos tóxicos producidos por hongos.

Para alcanzar los objetivos fijados del año 2000 no es suficiente proteger al hombre de las enfermedades transmitidas por los alimentos, sino también se debe pensar en prevenir la pérdida de alimentos. Se ha estimado que en América Latina y el Caribe se pierde un 30% de los alimentos destinados al consumo humano por deficiencias en la elaboración, la manipulación y el transporte y, sobre todo, por la carencia de instalaciones de refrigeración. A estas pérdidas hay que

agregar, o anteponer, los grandes estragos que hacen las enfermedades animales en la producción de carne, leche y huevos. Si bien América Latina y el Caribe cuentan con mayor número de ganado que cualquier otro grupo de países desarrollados o en desarrollo, la producción y la productividad son deficientes y varias veces menor que las de los países desarrollados. Entre las principales causas de esas deficiencias en la producción se encuentran las enfermedades de animales, estimadas por la FAO para los países en desarrollo en un 35% del valor de producción potencial.

Una de las enfermedades más onerosas por las pérdidas directas e indirectas que ocasiona es la fiebre aftosa. El programa de salud pública veterinaria de la OPS ha dado un gran apoyo a los países en la lucha contra esta enfermedad a través del Centro Panamericano de Fiebre Aftosa, cuya labor es sumamente apreciada en el Continente. Las pérdidas que causa la fiebre aftosa y las otras enfermedades constituyen un verdadero desperdicio de recursos alimentarios, ya que la gran mayoría de ellas son controlables y contrastan--como ha señalado Horwitz--con la trágica realidad de América Latina, donde el 52% de las defunciones de niños menores de 5 años se deben a la malnutrición y a la acción sinérgica de las enfermedades infecciosas. Se debe tener en cuenta además que en los países en desarrollo la ganadería se encuentra generalmente en áreas marginales, poco rentables para la agricultura, y que los animales se encargan de convertir en alimentos para el hombre vegetales que, de otra manera, no servirían para su consumo.

Otros sectores donde el médico veterinario desempeña un papel importante son la investigación biomédica y la medicina experimental, que abarcan campos tan diferentes como la fisiología, la patología, la farmacología, la inmunología, la cirugía y la medicina aeroespacial, entre otras. La imposibilidad de experimentar con personas obliga a utilizar animales de laboratorio, cuyo cuidado, cría y protección de la salud son sectores especializados de la medicina veterinaria. Además de experimentar vacunas y medicamentos en animales sanos, se han creado modelos animales de enfermedades crónicas humanas que son extremadamente útiles para el progreso del conocimiento de las mismas y su eventual terapéutica. También en este terreno el programa de salud pública veterinaria de la OPS ha contribuido en gran manera, tanto a través de su programa de primates no humanos como de la labor de los Centros Panamericanos de Fiebre Aftosa y de Zoonosis, que proveen adiestramiento y animales de laboratorio para fundar colonias.

La medicina es una sola, sostenía Virchow, el insigne patólogo alemán, y solamente los pacientes son distintos. La transferencia de una rama de la medicina a otra es continua, y la fertilización cruzada beneficia a ambas.

Lo logrado es mucho, pero apenas es un paso de una larga marcha para alcanzar los objetivos fijados en la Conferencia de Alma-Ata, que son un desafío no solo para la profesión médica sino para todos los sectores de la sociedad.

Sean mis últimas palabras para agradecer a la Fundación Panamericana de la Salud y Educación la distinción recibida.

(Applause)

(Aplausos)

The PRESIDENT: Dr. Szyfres, I should like on behalf of the Delegates here, to thank you for your address, your life, your scientific work, your knowledge and your desire to help your fellowmen. They have not only been known by many in this room through practical experience and association with you, but you convey that ability as well to those of us who had not met you earlier. Also, Dr. Wolman, as a friend of many in PAHO, we are honored that you are here. On behalf of all of us here, thank you as well for your continued interest in our work.

ITEM 5.8: EXPANDED PROGRAM ON IMMUNIZATION IN THE AMERICAS (resumed)

TEMA 5.8: PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION EN LAS AMERICAS (reanudación)

The PRESIDENT: I would like to recognize the distinguished Delegate of Jamaica.

Dr. BOWEN-WRIGHT (Jamaica): I would like first to congratulate the Director and the responsible staff members of EPI, in particular, for the developments within that program as reflected in the report. The Jamaican Delegation wishes publicly to express gratitude to PAHO and UNICEF for their joint efforts of technical assistance and actual support in matters such as vaccines and transportation, which supplemented the national effort to institutionalize the program. At the Directing Council of 1985, Jamaica, while applauding the efforts of mass campaigns, did caution Member Governments that the resources to sustain such initiatives, as shown by our own past experience, would be enormous. In view of the concern expressed in the report of Dr. de Quadros, concerning the falling off of coverage rates in some areas, we who have only recently made tremendous strides forward in maintaining and institutionalizing our program after over six years of efforts, stand ready to exchange experiences, both good and bad, with other countries. Especially I would note our strategies developed to deal with children who drop out of the program, as was noted by the Delegate of Saint Lucia, as well as approaches we have developed to maximize the use of resources that are scarce and expensive. Finally, while increased coverage figures for the EPI diseases are exhilarating and encouraging, the real test of our progress will be to sustain a continuing reduction in incidence and prevalence rates of those five diseases against which we say we are immunizing our childhood population. I thank you Mr. President.

Dr. BORGÑO (Chile): Quisiera, en primer lugar, señalar los grandes progresos registrados en este programa en la Región de las Américas. Basta estudiar las cifras de cobertura de los programas de vacunaciones de hace seis o siete años y las de ahora para comprobarlo.

Yo quisiera decir también que este programa es un ejemplo de la coordinación de los diferentes organismos, ya sea de determinados países o internacionales, de como trabajan juntos en forma coordinada respetando las mutuas funciones y obteniendo un financiamiento extraordinariamente generoso porque se cree en lo que se está haciendo.

También quisiera señalar el desarrollo de la vigilancia epidemiológica, especialmente en los dos países donde se registran casi el 70% de todos los casos de la Región, México y el Brasil, y añadir que estos avances no solamente permiten controlar mejor las enfermedades, sino también no vivir en el paraíso de los tontos, en el sentido de ignorar la realidad y no buscarla, cuando esa realidad existe. No obstante, hay ciertas preocupaciones con respecto al programa, pues tenemos una meta muy cercana--1990--y sabemos que hay países cuya vigilancia epidemiológica no es adecuada. Debemos ayudar todos a mejorar esta situación analizándola; el grupo técnico asesor tiene una gran experiencia y podría contribuir a resolver estos problemas.

Por otra parte, los efectos de una vigilancia epidemiológica efectiva son innegables. Nos ha impresionado el programa del estado de Bahía y lo que se hace en el estado de Río de Janeiro, y lo que se ha hecho en México.

No obstante, nos preocupa lo que han señalado en la introducción del tema el Representante del Comité Ejecutivo y el Dr. de Quadros; se trata de la disminución de la cobertura en las campañas masivas de vacunación. Esto confirma lo que nosotros hemos aprendido hace muchos años en mi país, que las campañas masivas de vacunación no solucionan todo, que hace falta una infraestructura capaz de mantener estos programas y con las instalaciones necesarias. Se sabe cuando comienza un programa de vacunación--en Chile hace 35 años que lo iniciamos--pero no se sabe cuando termina. Tampoco se ignora que las exigencias de la cobertura son cada día mayores. Pero lo más preocupante es que está disminuyendo la cobertura para los niños menores de 2 años; ese es un problema que debemos analizar con cuidado y creo que debemos poner todo nuestro empeño en ese sentido.

También me preocupa la cadena de frío. La gente cree que comprando refrigeradores, termos y otros elementos de esa cadena se solucionan los problemas. Pero eso no es suficiente, lo que hace falta es que funcionen, duren bastante tiempo y se reemplacen en el momento oportuno. Cuando se estudian las epidemias de algunos países muchas veces nos asalta la duda de que hay problemas serios en la cadena de frío, como se ha podido comprobar en algún país de Centroamérica. Sin embargo, yo creo que hay que ser optimista, porque el avance en este sentido es grande. Pero, por favor, no nos pongamos triunfalistas frente a situaciones que son extraordinariamente difíciles.

Asimismo, nos preocupan los brotes de poliomiélitis del serotipo III. En América Latina, como en la mayor parte de los países con casos de poliomiélitis, la mayoría de los brotes son de polio I, pero la

importancia que están adquiriendo los casos de poliomielitis del serotipo III (por ejemplo, en algunos estados del noroeste del Brasil y los casos recientes de Bolivia) nos está indicando la necesidad de estudiar a fondo el problema. Sobre todo si tenemos en cuenta que el componente más débil de la vacuna es el del polio III. Además, tanto los estabilizadores como los antígenos de la vacuna actual no nos satisfacen cien por cien, por lo que debemos intensificar nuestros esfuerzos.

Por último, quiero insistir en la necesidad de investigaciones aplicadas, no solamente sobre los aspectos científicos que nos preocupan y han sido señalados, sino también sobre la operatividad, porque para alcanzar la meta no basta tener un buen programa, hacen falta un buen gerente y un sólido compromiso político. Muchas gracias.

Dr. SAMPSON (Nicaragua): Una vez más somos testigos del destacado progreso del PAI en las Américas, que ha permitido reducir la morbilidad y la mortalidad por las enfermedades objeto del Programa y ha logrado elevadas coberturas de vacunación entre los niños menores de un año.

En 1979 la población infantil de Nicaragua estaba muy poco inmunizada. A raíz del triunfo de la Revolución Popular Sandinista, se iniciaron jornadas colectivas de vacunación con amplia participación de las organizaciones de masas, que continúan siendo en la actualidad un elemento prioritario de la atención primaria de salud. Es destacable el apoyo que la OPS y el UNICEF nos han proporcionado en esa empresa, así como la magnífica coordinación existente entre ambos organismos.

Nicaragua ha suscrito la estrategia formulada por la Región de las Américas para erradicar el virus salvaje de la poliomielitis antes de 1990 mediante la cobertura completa de vacunación. De hecho, el último caso de poliomielitis registrado en nuestro país se remonta a diciembre de 1981.

El sarampión ha disminuido en 25 veces en comparación con 1980 y la tos ferina ha disminuido en 41 veces. Desde 1981 no se notifican casos de difteria en Nicaragua. El desarrollo obtenido en la cadena de frío y el adecuado desarrollo de la vigilancia epidemiológica han contribuido en gran medida a esos éxitos.

Este año, con el apoyo de la OPS y del UNICEF, efectuamos una nueva evaluación del programa, lo que nos ha permitido verificar su evolución y tomar las medidas necesarias para su fortalecimiento y desarrollo. Los logros obtenidos por Nicaragua en este programa, la experiencia acumulada y los correspondientes recursos técnicos y profesionales están a disposición de todos los países de la Región que lo soliciten. Nuestro mayor deseo es el de participar conjuntamente con los países de Centroamérica y Panamá en el establecimiento y desarrollo de un eficaz sistema de vigilancia epidemiológica mediante la adopción de mecanismos de información entre nuestros países. Muchas gracias, señor Presidente.

The PRESIDENT: Thank you. I recognize the Delegate of Trinidad and Tobago.

Dr. SEALEY (Trinidad and Tobago): Trinidad and Tobago would like to thank the Secretariat for the report on progress of the Expanded Program on Immunization and, indeed, to congratulate the Director and Member Countries on the significant progress achieved to date.

We must all continue to forge ahead towards our goal of eradicating polio from this Hemisphere by 1990 and maintain the necessary coverage for the other communicable diseases, since the negative health and economic effect of lapses in this program by any Member Country would most likely be felt more quickly than that of lapses in any other program, especially by those of us for whom tourism is an important source of revenue.

The current status of the EPI in Trinidad and Tobago has shown significant improvement. Diphtheria cases are now rare; similarly there have been no cases of poliomyelitis reported since the 1971-1972 epidemic. The rate of reported pertussis is 0.8 per 100,000, while there have been no recent cases of neonatal tetanus. Measles incidence, however, is still high. In 1985, there were 3,549 reported measles cases. Since the measles vaccine was introduced only three years ago, its effects are yet to be seen. Seventeen per cent of children under five are not receiving the measles vaccination.

Immunization figures for the public sector and those done by some private practitioners reveal that 95% of the children under 1 year receive the first dose and, despite improvements between 1981 and 1985, only 75% completed the series. It may be possible that the 5% of the children who do not receive the first dose of the DPT vaccine, according to our available figures, may be receiving the vaccine from the private sector. Herein lies one of the problems of the program in Trinidad, that is, inadequate information from the private sector. Therefore, it is difficult to get a really true picture of the situation.

One of our concerns has been the lack of an evaluation of the program in Trinidad and Tobago. However, we are pleased to note that, together with the Pan American Health Organization, an evaluation is planned for later this year so that we can implement the necessary improvements to the program and improve our coverage.

Trinidad and Tobago notes the assistance being provided by the international agencies and the commitment of the nongovernmental organizations and certain Member Countries to assist in the challenging goals of this program. We are aware that the Canadian Government is willing to assist the Caribbean Region with this problem. More recently, in our own experience, as a result of the visit by the Venezuelan President, there have been indications of a sincere willingness on the part of that country to assist in the technical and administrative

components of our program. My Delegation would, however, like to take this opportunity to remind the funding agencies that the solution to a country's problem is not always the unavailability of vaccines. The challenge to be faced consists of adverse attitudes of the public and, even more, of the health personnel toward the program, in particular, in our case, to the measles vaccine. Therefore, appropriate programs must be developed aimed at behavioral change. Immunization of children must become akin to the various religious and other traditional rites associated with the birth and infancy of our children if we are to achieve our goal.

I would like to associate myself finally with the caution expressed by the Jamaican and Chilean Delegations on the strategy of mass immunization programs. I remember that last year this was discussed, and certainly now it is recognized and felt by many of the countries--the difficulty of sustaining such programs if they are not introduced as an integral component of maternal and child health programs.

Dr. GARCIA (Honduras): Muchas gracias, señor Presidente. La Delegación de Honduras quiere aprovechar la oportunidad para formular algunas observaciones importantes que, lamentablemente, y debido a la brevedad del tiempo asignado a la presentación de informes, no aparecen en el nuestro con la especificidad que hubiéramos deseado. Pero tratándose de un programa tan importante, queremos referirnos al mismo.

Honduras, a raíz de la elaboración del plan de erradicación de la transmisión del virus salvaje de la poliomielitis, respondió a la llamada de la Organización y elaboró su propio plan nacional de acción que fue presentado este año entre el 12 y el 16 de mayo aquí, en Washington. Este plan de acción representa una manifiesta intención o voluntad política de parte de la administración hondureña de lograr el propósito fijado para este plan en la fecha señalada--1990--y es también un notable ejemplo de participación y coordinación interorganismos para lograr objetivos de salud en la población nacional.

A raíz de esto se ha fortalecido la vigilancia epidemiológica de las enfermedades inmunoprevenibles, aumentando la detección y la notificación de los casos sospechosos de poliomielitis y otras enfermedades inmunoprevenibles y mejorando el diagnóstico de laboratorio para la confirmación de los casos notificados como sospechosos. El 24 de abril de este año se firmó un gran acuerdo nacional con todas las instituciones privadas y públicas del país, llamado "Acuerdo por la Vida del Niño", que fue seguido inmediatamente, el 25 de abril, de la vacunación masiva de la población infantil y las mujeres en edad fecunda. La campaña masiva de vacunación infantil no solamente sirvió para incrementar el número absoluto de niños vacunados, sino también para acentuar el sentimiento de responsabilidad de las otras instituciones y de los ciudadanos en esta actividad. Ha sido un ejemplo de participación masiva comunitaria y, sobre todo, una respuesta a las campañas de educación masiva que, a través de la radio y la televisión, realiza el Ministerio con ese propósito.

Se ha fortalecido además el sistema de vigilancia de las condiciones de la cadena de frío. En nuestro país no se contaba con suficientes servicios eléctricos; muchas de esas cadenas funcionan con gas y, por lo tanto, exigen una continua inspección de su funcionamiento. Ahora, este sistema nos permite mantener una cadena de frío para garantizar la calidad de las vacunas entregadas a nuestra población.

Hasta esta fecha, lamentablemente para nosotros porque deseáramos finalizar el año 1986 sin ningún caso de poliomielitis, tenemos un solo caso notificado y comprobado de dicha enfermedad, lo que nos preocupa, no solamente por ser un caso, sino porque nos está desafiando al presentarse situaciones bastante paradójicas. Por ejemplo, dicho caso tiene su esquema completo a pesar de la conservación de la vacuna y, por otro lado, el serotipo identificado es el serotipo II, lo cual complica un poco más la situación planteada por la Delegación de Chile.

Por otra parte, supone también para nosotros un gran reto aumenta la cobertura de la población menor de un año. Hemos logrado hacerlo para la población de 1-4 y de 5 años de edad por encima del 80%. No ha sido así para la población menor de un año, a pesar de ser el grupo de edad prioritario del programa. Esto ahora es más evidente, dado el interés que la administración actual presta a este programa y que se ha demostrado también en los niveles locales, en los que ha aumentado la capacidad de respuesta. Hace un tiempo, cuando se sospechaba la presencia de casos de cualquier enfermedad inmunoprevenible, la respuesta tenía que ser dada por los niveles superiores o los niveles centrales, a causas de las deficiencias existentes en el nivel local. Actualmente, ante cualquier sospecha de casos de esas enfermedades es el nivel local el que responde y establece los mecanismos para contener la enfermedad, es decir que ahora esta capacidad local se ha incrementado.

No obstante, a pesar de estos avances, yo creo que nos quedan todavía muchos problemas, y estamos procurando, con la ayuda de otros organismos internacionales y de cooperación técnica, buscarles solución. Muchas gracias, señor Presidente.

The PRESIDENT: Thank you. I recognize the Delegate of the United States of America.

Dr. HOPKINS (United States of America): Thank you, Mr. President. My Delegation wishes to congratulate the Director on the thoroughness of this progress report on EPI, and most of all on the very encouraging progress described in the report. The aggressive actions being taken by Member States and PAHO's leadership in the EPI are to be applauded, especially, we feel, for focusing on morbidity and mortality outcomes rather than simply on vaccination coverage or any other intermediate measure. We believe that the value of this approach is illustrated by the impact on target diseases being achieved through willingness to support measures such as national vaccination days, in appropriate circumstances, and by the mobilization of more funds to help support the overall effort.



We heartily endorse the goal so courageously set by the Director of eradicating wild polio virus from the Americas. Apart from the inherent benefits of achieving that goal, it also has value in strengthening the commitment to an implementation of the overall EPI program in Member States. Moreover, it further validates the principle that eradication of well-chosen diseases remains invaluable to international public health. We are proud that this Region is the leader in respect to polio as it was in respect to smallpox.

In this connection, we would remind all of you of another disease which is also a terrible cripple of children and adults, which remains at a low level of endemicity in several Member States of this Region and for which we have an excellent cure by a single injection. It has also been formally identified by WHO to be a target of eradication. That disease is yaws, the further control of which could also in some circumstances be combined with the EPI program.

We also take this opportunity to emphasize that the epidemiology of measles would, paradoxically, be made more complicated by the improved immunization efforts being made. As we have already seen in the United States of America and elsewhere, moderate to good immunization coverage will impede circulation of wild measles virus and eventually result in some unvaccinated children becoming teenagers or young adults while still susceptible to measles. When that happens, the population susceptible to measles would be much harder to identify. We must continue to encourage and support more aggressive measures to control measles by increasing immunization coverage through EPI. But we should also recognize that the longer we wait before proceeding to total eradication of measles the more difficult the task will be when we do take up that challenge. The implementation of this EPI initiative in the Americas gives concrete meaning to the catch-all phrase "primary health care," which ranges from strengthening of surveillance, management, training, and laboratory capabilities to technical cooperation between developing countries, strengthening of the roles of the regional laboratories and consultants described in the Director's report, and intersectoral collaboration by the active involvement of schools of public health and Rotary International, for example. Finally, my Delegation would suggest the addition of a health economist or financial expert to the technical advisory group for polio eradication and EPI efforts. If the national action plans for immunization do not include recurrent cost analysis, for example, it may be difficult for ministries of health to sustain the level of effort required to maintain active immunization programs over the long term. The National EPI Committees should consider including members from the Ministry of Finance to ensure that programs would be adequately funded. My own agency, the Centers for Disease Control, and the United States Agency for International Development, have been pleased to participate in these important activities and we look forward to our continued involvement.

The PRESIDENT: Thank you. The Chair recognizes the Delegate of Panama.

Dr. MOLTO (Panamá): Muchas gracias, señor Presidente. La Delegación de mi país desea testimoniar su profundo agradecimiento a la OPS por su inestimable apoyo al programa de inmunización, que comprende suministro de productos biológicos, apoyo a la cadena de frío, otros insumos del programa y asesoría técnica.

Con todo ello, y gracias a la firme decisión política de mi Gobierno, hemos conseguido lo siguiente: en 14 años consecutivos no se ha notificado ningún caso de poliomielitis, solo ha habido un caso de difteria en los últimos 10 años (en 1981), el tétanos neonatal ha desaparecido prácticamente, la incidencia de la tos ferina es muy baja, la tuberculosis es cada día menos frecuente, incluso en las poblaciones con mayores factores de riesgo, y la incidencia del sarampión es cada día más baja.

No podemos dejar de aprovechar esta oportunidad para testimoniar nuestro profundo agradecimiento al Club Rotario Internacional por sus actividades, que nos han permitido aumentar sensiblemente la cobertura del programa. Y digo programa, y no campaña, porque consideramos que es el permanente desarrollo de esas actividades lo que finalmente permitirá alcanzar la meta de inmunizar a todos los niños del mundo, y en especial a nuestros niños de las Américas para 1990. Muchas gracias, señor Presidente.

Dr. MENCHACA (Cuba): Es verdaderamente estimulante para nosotros observar los positivos cambios que se han ido operando en la cobertura de inmunización como resultado directo del interés de la Organización y de los países por tan notable causa. Esto es un verdadero ejemplo de lo que somos capaces de alcanzar. No seríamos justos si no destacáramos en este momento el importante papel desempeñado en esta empresa por el UNICEF, por lo cual queremos dejar constancia de nuestro agradecimiento a esa organización.

Por lo que respecta a Cuba, una vez cumplidas las metas de vacunación fijadas para el año 2000, y reformuladas nuestras tasas de morbilidad y mortalidad por enfermedades inmunoprevenibles para el período 1986-1990, no aparece mortalidad causada por las enfermedades objeto del programa de acción.

Tenemos una inmensa satisfacción y un firme compromiso con el resto de los países, especialmente los de nuestra Región, por cooperar en todo lo posible para que todos alcancemos esos niveles de inmunización y todos los países superen esa meta, lo que, como ustedes bien saben, no será fácil conseguir en todo el mundo.

En otras ocasiones nos hemos referido a lo que consideramos imprescindible en una campaña de vacunación, que es la participación de la comunidad, y reiteramos esto porque la experiencia nos ha demostrado que sin ella no se alcanzarán los éxitos ansiados. La comunidad de nuestro país ha vacunado con un alto grado de eficacia. Por ejemplo, la

vacunación antipoliomielítica ha estado a cargo de los Comités de Defensa de la Revolución que, empleando aproximadamente a 90.000 vacunadores, levantan el censo, vacunan en cada vivienda y envían a los niveles superiores los datos primarios. De esta forma, la población es responsable no solo como ejecutora, sino que con su activa participación ha ido elevando su nivel de educación sanitaria, hasta llegar a conocer perfectamente las ventajas de la campaña.

Señor Presidente, señores delegados, en esta ocasión podemos anunciar con satisfacción que próximamente serán realidad las recomendaciones formuladas durante la visita de tres destacados especialistas, los Dres. Alan Inman, Raul Koopman y Ciro de Quadros, en junio de 1985, ya que comenzaremos la campaña de inmunización con vacuna triple oral, y vacunas contra la parotiditis, la rubéola y el sarampión para toda la población de 1 a 14 años, lo que representa inmunizar a 2.300.000 niños, aproximadamente, es decir el 23% de la población total del país, en un breve período de tiempo, que comenzará el 1 de octubre de 1986 y terminará en 28 de febrero de 1987. Nos hemos propuesto la ambiciosa meta de lograr un nivel inmunitario superior al 95%.

A nuestro juicio, el programa de inmunización en nuestro país ha creado un sentimiento de responsabilidad en la familia que, unido a la integración de los programas de salud de la madre y del niño y del adulto, garantizan una vigilancia permanente. El acceso a los servicios de salud es cada día más fácil, habiéndose conseguido que el 60% de los que se vacunan lo hagan en el policlínico, el 32% en las escuelas y solo el resto lo hace en las zonas rurales o es preciso recuperarlos. Otra experiencia mucho más positiva la obtendremos con la participación del médico de la familia.

Esta satisfacción no sería válida ni justificada si no conllevara el poner nuestra experiencia a la disposición de todos los países y pueblos hermanos.

Por último, felicito a quienes nos han presentado este importante documento y me congratulo especialmente del loable esfuerzo desplegado por nuestra Organización. Muchas gracias.

The PRESIDENT: Thank you so much. That concludes our speakers list. A resolution on this item will be drawn up for a further plenary session, and on your behalf I would like to thank all participants, especially Dr. de Quadros, for presenting the report along with the Executive Committee.

I should like to move immediately to item 5.9, entitled "International Program on Chemical Safety (IPCS)," and I will ask Dr. Mohs, on behalf of the Executive Committee, to present the report.

## ITEM 5.9: INTERNATIONAL PROGRAM ON CHEMICAL SAFETY

## TEMA 5.9: PROGRAMA INTERNACIONAL DE SEGURIDAD DE LAS SUSTANCIAS QUÍMICAS

Dr. MOHS (Representante del Comité Ejecutivo): Señor Presidente, este tema, Programa Internacional de Seguridad de las Sustancias Químicas, fue en su momento examinado por el Comité Ejecutivo. El informe correspondiente se presentó atendiendo a una petición hecha anteriormente por el propio Comité Ejecutivo de que el Director realizara un estudio evaluativo de la situación en cuanto a seguridad de las sustancias químicas y preparara un programa (medio plazo) al respecto.

En el debate sobre este tema, los participantes señalaron la importancia de la cooperación con la OIT, puesto que en algunos países es el Ministerio de Trabajo y no el de Salud el que se ocupa de la seguridad de los trabajadores; la concordancia entre las propuestas del programa y las necesidades de los países; el apreciable apoyo financiero y técnico del Canadá y de los Estados Unidos de América al programa, y la dificultad de estudiar todas las sustancias químicas que se manejan en la sociedad moderna. Varios oradores se felicitaron de la cooperación existente para este programa entre la OMS, la OIT y el PNUMA, y se elogió la valiosa labor de capacitación y suministro de material del Centro Panamericano de Ecología Humana y Salud (ECO), que cuenta con el apoyo de México, donde tiene su sede.

Se puso de relieve que los países pequeños y carentes de medios para evaluar los riesgos de las sustancias químicas se beneficiarán, gracias al Programa, de los adelantos conseguidos en esta materia por los Estados Unidos de América y el Canadá. El Representante de México reiteró la intención de su Gobierno de seguir apoyando plenamente al ECO y el Representante del Brasil llamó la atención sobre el problema de los productos que, sin ser tóxicos, son ineficaces para los fines con que se usan y se citó el ejemplo de desinfectantes empleados en hospitales que carecen de acción bactericida.

El Relator preparó un proyecto de resolución que fue aprobado en la novena sesión plenaria. Se trata de la Resolución XVI, en la que se pide a la XXII Conferencia Sanitaria Panamericana que apruebe una resolución en la que tome nota del estudio evaluativo de la situación y del programa de medio plazo, que se recomiende a los Países Miembros la creación y el fortalecimiento de mecanismos de coordinación de los correspondientes programas nacionales y que se estimule a los países a compartir sus experiencias. También se pide al Director que preste apoyo a las actividades relacionadas con el programa a medio plazo. Muchas gracias, señor Presidente.

Dr. QUIJANO (México): En efecto, a nuestro país le interesa mucho este programa porque tenemos serios problemas en diferentes aspectos. Se ha iniciado ya la consolidación de las bases que proporcionarán medidas apropiadas de detección, prevención, tratamiento y control de los problemas relacionados con las sustancias químicas, pero hay mucho camino

todavía por recorrer. Deseo mencionar que en el terreno de la investigación México ha participado en dos grandes investigaciones internacionales: una de ellas, para medir la cantidad de plomo en la sangre y en las heces de 200 maestros, en la que se encontró que los niveles eran excesivamente elevados. Otra--destinada a detectar plaguicidas organoclorados en la leche materna, en la que participaron Alemania Federal, Israel, Japón, Estados Unidos de América y México, junto con China e India--tuvo el triste privilegio de revelar también niveles sistemáticamente altos. En vista de ello, se han empezado a tomar algunas medidas preventivas, pero estamos solo en el comienzo. Esto por lo que se refiere a la población que habita en el campo.

Por otra parte, también tenemos serios problemas en las ciudades. Este último invierno, durante muchos días consecutivos, se produjo el fenómeno llamado de inversión térmica y, por suerte, los grupos ecologistas, que en política son a veces una molestia para los gobiernos, en esa ocasión tuvieron éxito y se logró que en febrero el propio Presidente de la República firmara un decreto en el que se establece un programa muy racional para intentar disminuir el impacto nocivo del ambiente en la ciudad. Se están llevando a cabo estudios constantes diarios, semanales y mensuales de cinco diferentes contaminantes atmosféricos (óxido nitroso, otros óxidos de azufre, monóxido de carbono, ozono y oxidantes fotoquímicos). Al mismo tiempo, con el apoyo de la OPS a través del Centro Panamericano de Ecología Humana y Salud, se está desarrollando un proceso de vigilancia epidemiológica de dos graves problemas. En la parte norte de la República hay una región llamada La Laguna, con unas cuarenta y tantas comunidades ejidales, en la que el agua potable para consumo humano tiene unos niveles de arsénico sumamente elevados. Estamos procurando ejercer una vigilancia epidemiológica muy severa y también se está intentando desarrollar un sistema tecnológico para poder eliminar el arsénico y el flúor del agua en el interior de los hogares. En fin, creemos que el Programa de Seguridad de las Sustancias Químicas regional podrá ayudarnos mucho, así como el programa a medio plazo, y confiamos en que se obtendrán buenos resultados. Muchas gracias, señor Presidente.

The PRESIDENT: Thank you. The Delegate of the United States of America.

Dr. HOPKINS (United States of America): My Delegation would like to thank the Secretariat of PAHO for the preparation of this very comprehensive document on this important matter. The complexity and diversity of chemical safety issues touch every aspect of our lives, whether it be in the area of agriculture and livestock, which is our food supply, surface and ground water, occupational health, or the health of our communities from the air they breathe.

My Delegation would like to make the following six points, briefly, about the substance of the document before us:

First, the document speaks of the toxic threat to public health posed by various pesticides. We do not disagree on the seriousness of this threat. However, we feel the program should also address the general threat of agricultural chemicals of which pesticides represent a subset, since some fertilizers and herbicides also present a threat to public health if they are misused or allowed to accumulate in ecological systems.

Second, the area of toxic substances cannot be overemphasized. Other countries of the Americas are likely to share the United States' experience if sufficient regional and national attention is not given to how to avoid or minimize creating toxic wastes and how best to dispose of those wastes which are created.

Third, the document describes the importance of training and education of professionals who are necessary to conduct the recommended environmental program. We would like to emphasize this point: without an adequate number of trained epidemiologist positions, laboratory workers, industrial hygienists, etc., the regional program will flounder.

Fourth, greater emphasis should be given, in our opinion, to sharing existing knowledge of toxic substances. Although not totally complete, we have in the United States an enormous amount of information about many toxic substances. A regional mechanism to share what is already known should be developed and expanded.

Fifth, the working philosophy of the plan is reasonable in our opinion, but we believe there is a need to set priorities among the various objectives, goals, and strategies. In this same vein it might be useful, for example, to direct activities first to studies on water and food, since detection of health problems in the population is more difficult. In areas where water and food are known to be contaminated, then exposed people can be examined.

Finally, we feel that the laboratory, which is so important for documenting the existence of the chemical problem, is relatively neglected under objectives and goals. A significant effort should be made to develop reliable laboratories. A quality control and standardization program emphasizing a few very high priority chemical substances might be planned and implemented for the laboratory servicing this program in the beginning.

Once again, we would like to congratulate PAHO on its progress in developing an action plan for this important area of chemical safety. It is of great importance to all of us and we look forward to participating in its implementation.

The PRESIDENT: Thank you. I would like to recognize the Delegate of Trinidad and Tobago.

Dr. ECKSTEIN (Trinidad and Tobago): Trinidad is recommending that countries adopt a medium-term program on chemical safety for the Region, to carry out activities for the identification, evaluation, prevention and control of hazards to health and the environment from the handling of chemical substances.

My Delegation strongly supports this recommendation to Member Countries to establish such a program, and while we in Trinidad and Tobago do not have a fully coordinated national program, we believe that we are somewhat on the way, and with the necessary support and technical assistance from PAHO we hope that we will be able to report to the next Meeting that we have put in place all the elements of such a program.

Already, we have enacted legislation to regularize the importation, storage, manufacture, sale, use, transportation and disposal of toxic chemicals. We have established an environmental health laboratory, and modern equipment is being installed to handle all aspects of environmental testing, with specific reference to pesticides, residues, food measurements of certain chemicals, and blood analysis for pesticides. We have established an occupational health unit to monitor the health of personnel exposed to chemicals, in particular agricultural workers, industrial workers, pest control operators, and workers at all ports of entry, such as docks. We have concentrated on treating personnel working with chemicals; a series of seminars or workshops have been held for personnel working with chemicals, and some of the persons who have been trained are medical doctors, agricultural workers and public health pest operators.

The Government of Trinidad and Tobago has found the report submitted to be a useful, concise but comprehensive summary of the regional situation on chemical safety. It is our view that the program on chemical safety is being developed at an opportune time. It is expected that steps can be taken in this Region to prevent a chemical accident or to see that we are prepared for the kind that unfortunately took place in another part of the world.

My Delegation concludes by congratulating the Secretariat for its efforts on the study, supports the proposed medium-term plan of action recommended and particularly wishes to encourage Member Countries that have already started programs to share the information relating to the experience and progress with their less fortunate colleagues.

The PRESIDENT: Thank you. We would like to recognize the Delegate of Canada.

Ms. MORRIS (Canada): Thank you, Mr. Chairman. The Canadian Delegation would like to congratulate the Director on bringing forward proposals that are not only ambitious and challenging but also very appropriate and responsive to the needs of the Region as revealed in the evaluation study.

Canada joined IPCS in July 1979 through a memorandum of understanding with WHO whereby we have contributed both scientific and technical expertise as well as financial support. Canada continues to be a strong supporter of the global program and is pleased that the proposed regional program on chemical safety is well coordinated with the global program; the experience and knowledge gained from each program will contribute to the advancement of both.

Our populations are increasingly aware of the problems that can arise from chemicals in the environment and the workplace: newly discovered hazards are reported by the media frequently, although often such reports are cast in the sensational vein, serving to heighten anxiety. Public preoccupation with risk from chemicals is unprecedented and the effectiveness of Governments to control the risks is often called into question. It is entirely appropriate, therefore, that PAHO accord a high priority to this proposal, thereby assisting Member States in the better management of chemicals, the process of identification of hazards, and estimation of the probability of the hazard occurring.

The evaluation and the management of the risk is becoming more consistent between the nations of the world. This process has been best suited to products such as pesticides, drugs, food additives and radioactive substances, and controls have most often been motivated by concern for human health. Currently we face a host of commercial chemicals that have not been produced for their toxic properties or as additives to food. These are the unwanted and often unexpected contaminants found in manufactured chemicals and products. Assessment and control of these chemicals, that can enter the environment and be detected in our air, water, soil and food, is often exceedingly difficult. Placed in perspective, the thorough evaluation of the approximately 66,000 chemicals now in commerce in North America will take decades.

In addition to these known chemicals there are the environmental transformation products cited earlier. Clearly this is a problem of such magnitude that it can only be tackled effectively by a cooperative approach between countries. This was the rationale for establishing IPCS, and clearly it is the reason why, within our Region, we must cooperate through a program such as that being proposed.

Dr. VILCHEZ (Nicaragua): La prevención y el control de los riesgos para la salud y el medio ambiente inherentes al empleo de sustancias químicas es una ineludible necesidad. En las Américas, la lista de desechos peligrosos ha crecido mucho y, lamentablemente, la crisis económica ha restringido las actividades de control en la mayoría de los países.

Mi país apoya sin reservas los esfuerzos que la OPS pueda desempeñar en este campo y toma nota con agrado del programa a medio plazo propuesto en el documento. En este contexto no tiene objeciones a la resolución que propone el Comité Ejecutivo.



Nicaragua no tiene un programa que garantice plenamente la prevención y el control de este tipo de riesgos. En esta etapa el mayor peligro y la mayor amenaza tóxica para la salud de nuestro pueblo es el riesgo que nos impone la inmoral guerra de agresión externa, y con ella el riesgo claro e implícito por esta misma vía de la utilización de sustancias químicas nuevas o ya experimentadas contra nuestra población, nuestro territorio y nuestra salud.

De todas formas, señor Presidente, permítame reiterar que nos sentimos estimulados a compartir con otros países experiencias e informaciones sobre los progresos alcanzados en sus programas nacionales, así como a participar en la medida de nuestras posibilidades en la formación y capacitación de personal. En estos dos últimos aspectos el programa a medio plazo que se propone podría redundar en beneficio de nuestro país y contribuir a sentar las bases para la creación de un programa nacional. Muchas gracias.

The PRESIDENT: Thank you. That completes the speakers list and I would ask the Rapporteur to read the proposed resolution on this item.

El RELATOR: El proyecto de resolución dice así:

THE XXII PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Having seen the report on the International Program on Chemical Safety (Document CSP22/18);

Considering the information available on the important health problems created in the countries of the Region by the extensive use of chemicals;

Aware of the growing importance of preventing the adverse effects of those chemicals on health and the environment; and

Cognizant of the need to initiate and strengthen concrete measures for reducing the existing problems,

RESOLVES:

1. To take note of the document presented, which contains an evaluative study of the chemical safety situation in the Region, and a medium-term program in this regard.

2. To recommend to the Member Countries the establishment or strengthening of measures for coordination of national programs for the identification, evaluation, prevention and control of hazards to health and the environment associated with the use of chemicals.

3. To encourage the Member Countries that have already started programs to share with other countries, in collaboration with PAHO/WHO, information about their experience and progress.

4. To convey to the Director its satisfaction with the effort made in preparing this document, and to thank the Member Countries for their valuable contributions.

5. To request the Director to implement, to the extent that the Organization's resources allow, the specific activities of the Medium-Term Program proposed in the document.

#### LA XXII CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Visto el informe sobre el Programa Internacional de Seguridad de las Substancias Químicas (Documento CSP22/18);

Considerando la información disponible sobre los importantes problemas de salud que existen en los países de la Región por el extensivo uso de substancias químicas;

Consciente de la creciente importancia de prevenir los efectos adversos para la salud y el ambiente de dichas substancias químicas, y

Reconociendo la necesidad de iniciar y fortalecer acciones concretas tendientes a disminuir los problemas existentes,

#### RESUELVE:

1. Tomar nota del documento presentado, que contiene un estudio evaluativo sobre la situación de seguridad respecto a las substancias químicas en la Región y un programa de mediano plazo al respecto.

2. Recomendar a los Países Miembros la creación o el fortalecimiento de los mecanismos de coordinación de programas nacionales orientados a identificar, evaluar, prevenir y controlar riesgos para la salud y el ambiente asociados con el manejo de substancias químicas.

3. Estimular a los Países Miembros que ya han iniciado programas a que, en colaboración con la OPS/OMS, compartan con otros países información sobre sus experiencias y sus progresos.

4. Expresar al Director su satisfacción por el esfuerzo realizado en la preparación de ese documento y agradecer a los países participantes sus valiosos aportes.

5. Solicitar al Director que, dentro de los recursos de la Organización, ponga en práctica las actividades específicas del Programa de Mediano Plazo propuesto en el documento.

The PRESIDENT: Gracias. Are there any objections to the proposed resolution that has been just read? There is agreement on the resolution? Thank you, Delegates. I declare the resolution approved.

Decision: The proposed resolution was unanimously adopted.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución.

I now direct your attention to item 6 of our afternoon's agenda.

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

Item 6.2: Financial Report of the Director and Report of the External Auditor for the Biennium 1984-1985

Tema 6.2: Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes al período 1984-1985

The PRESIDENT: I will ask the Rapporteur to read out the proposed resolution.

El RELATOR: El proyecto de resolución PR/7 dice así:

THE XXII PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Having examined the Financial Report of the Director and Report of the External Auditor for the Biennium 1984-1985 (Official Document 205 and ADDS. I and II);

Noting the report of the 97th Meeting of the Executive Committee on its review of the financial statements and schedules of the Organization as contained in Official Document 205, particularly its concerns relating to the status of quota payments, the continuation of problems in the Organization's computerized systems, professional vacancy rates, and the financial situations of CAREC and CFNI;

Taking into consideration the recommendation of the 97th Meeting of the Executive Committee to approve the allocation of \$22,210 in surplus income from the 1984-1985 financial period to the PAHO Building Fund; and

Expressing concern over the slow rate of quota payments during 1984-1985, while recognizing that, in spite of this, the Organization has continued to maintain a satisfactory financial situation.

RESOLVES:

1. Take note of the Financial Report of the Director and Report of the External Auditor for the Biennium 1984-1985 (Official Document 205 and ADDS. I and II);

2. To endorse the comments and concerns expressed by the 97th Meeting of the Executive Committee in its report on the financial condition of the Organization as of 31 December 1985.

3. To approve the allocation of surplus income in the amount of \$22,210 to the PAHO Building Fund established to defray the costs of major maintenance and repairs to PAHO facilities.

4. To commend the Director for having maintained the Organization in a satisfactory financial condition in spite of the slow rate of quota payments.

#### LA XXII CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Visto el Informe Financiero del Director y el Informe del Auditor Externo correspondientes al período 1980-1981 (Documento Oficial 205 y ADDS. I y II);

Habida cuenta del informe de la 97a Reunión del Comité Ejecutivo sobre su verificación de los estados y extractos financieros de la Organización incluidos en el Documento Oficial 205, particularmente su preocupación relativa a la situación de los pagos de cuotas, la continuación de los problemas relativos a los sistemas computadorizados de la Organización, el número de vacantes profesionales y la situación financiera de CAREC y de IANC;

Considerando la recomendación de la 99a Reunión del Comité Ejecutivo de aprobar la asignación de \$22.210 de ingresos superavitarios correspondientes al ejercicio financiero 1984-1985 al Fondo de la OPS para Bienes Inmuebles, y

Preocupada por la lentitud de los pagos de las cuotas correspondientes al bienio 1984-1985, pero reconociendo que, pese a ello, la Organización ha seguido manteniendo una situación financiera satisfactoria,

#### RESUELVE:

1. Tomar nota del Informe Financiero del Director y del Informe del Auditor Externo correspondientes al período 1984-1985 (Documento Oficial 205 y ADDS. I y II).

2. Hacer suyos los comentarios y preocupaciones expresados por la 97a Reunión del Comité Ejecutivo en su informe sobre la situación financiera de la Organización al 31 de diciembre de 1985.

3. Aprobar la asignación de los ingresos superavitarios que ascienden a \$22.210 al Fondo de la OPS para Bienes Inmuebles establecido para sufragar los costos de trabajos importantes de mantenimiento y reparaciones de las instalaciones de la OPS.

4. Felicitar al Director por haber mantenido una situación financiera satisfactoria pese a la lentitud de la recaudación de las cuotas.

The PRESIDENT: Thank you. Is there any discussion or objection to the proposed resolution? The Delegate of Panama.

Dr. MOLTO (Panamá): Muchas gracias, señor Presidente: Quiero señalar que en la versión en español, en el primer párrafo del preámbulo, se menciona el Informe Financiero correspondiente al período 1980-1981, mientras que en la parte dispositiva, se menciona el período 1984-1985. Asimismo, en el tercer párrafo del preámbulo se habla de la 99a Reunión del Comité Ejecutivo. Si se trata de la reunión de junio pasado, es la 97a Reunión.

The PRESIDENT: I hope this clarifies it. The English version is right. The Spanish should read 1984-1985, and 97th, respectively, as you pointed out. Thank you. Any other comments? With those corrections in the Spanish text is there agreement on the resolution as presented? There being no other interventions, the proposed resolution is approved.

Decision: The proposed resolution was unanimously adopted.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución.

Item 5.3: Contribution of the Region of the Americas to the Eighth General Program of Work of WHO, 1990-1995

Tema 5.3: Contribución de la Región de las Américas al Octavo Programa General de Trabajo de la OMS, 1990-1995

The PRESIDENT: I now ask you to focus your attention on proposed resolution PR/8. I will ask the Rapporteur to read the resolution.

El RELATOR: El proyecto de resolución dice así:

THE XXII PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Having examined the material prepared for the contribution of the Region of the Americas to the draft Eighth General Program of Work of the World Health Organization (1990-1995 inclusive) (Document CSP22/22); and

Bearing in mind that the Director-General of WHO has requested this material from each Regional Committee to ensure that their views are properly taken into account by the Program Committee of the Executive Board in the preparation of the draft Eighth General Program of Work,

RESOLVES:

1. To take note of the summary of the material prepared as a regional contribution to the preparation of the Eighth General Program of Work of WHO.

2. To request the Director to forward the draft document to the Director General along with the comments of the Regional Committee to be used in the preparation of the draft Eighth General Program of Work.

LA XXII CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Visto el material preparado como contribución de la Región de las Américas a la versión preliminar del Octavo Programa General de Trabajo de la Organización Mundial de la Salud (1990-1995 inclusive) (Documento CSP22/22), y

Teniendo en cuenta que el Director General de la OMS ha solicitado ese material a cada Comité Regional para que el Comité de Programas del Consejo Ejecutivo tome debida nota de sus opiniones en la preparación de la versión preliminar del Octavo Programa General de Trabajo,

RESUELVE:

1. Tomar nota del resumen del material preparado como contribución regional al Octavo Programa General de Trabajo de la OMS.

2. Pedir al Director que envíe el documento preliminar al Director General junto con los comentarios del Comité Regional que se emplearán para preparar la versión preliminar del Octavo Programa General de Trabajo.

The PRESIDENT: Thank you. Are there any objections to the proposed resolution? No comments, no objections? There being none, I declare the proposed resolution approved by this Conference.

Decision: The proposed resolution was unanimously adopted.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución.

The PRESIDENT: Delegates, a number of resolutions have been circulated today which, pursuant to our rules, we will be taking up tomorrow. They include proposed resolution PR/6. Our working party has been, I understand, working very diligently. They have reported good progress, and that being the case, we will take up that proposed resolution tomorrow as well, in order that everyone can spend the time needed to look at that most important item.

The session rose at 6:00 p.m.  
Se levanta la sesión a las 6:00 p.m.

NINTH PLENARY SESSION  
NOVENA SESION PLENARIA

Friday, 26 September 1986, at 9:00 a.m.  
Viernes, 26 de septiembre de 1986, a las 9:00 a.m.

President: Mr. Jake Epp Canada  
Presidente:

The PRESIDENT: I would like to greet you this morning and welcome all our Representatives and Delegations to this Friday morning session. And I would ask our Secretary, who is serving us so faithfully, to make the announcements that he has at this time.

The SECRETARY: Thank you Mr. President. I think I am doing all right as long as I don't have to give directions as to how to get somewhere! I just want to alert all the Delegates that we have distributed several proposed resolutions. One, PR/11, is an amendment that has been introduced by the United States of America to the proposed resolution presented by the Executive Committee in Document CSP22/28 concerning hiring under local conditions of employment for the mobilization of national resources. That is a subject that will be coming up this afternoon. Another one is PR/13, concerning the Expanded Program on Immunization. You will also find in the materials that were distributed today the Agenda for the 98th Meeting of the Executive Committee, which is tentatively scheduled for 9:00 o'clock tomorrow morning, Saturday, in Conference Room B--that is, taking it that we can finish all the business of the Conference, except for the signature of the final report, during the plenary sessions today. That means, then, that we can still proceed tomorrow at 12:00 in this room to the closing ceremony of the XXII Pan American Sanitary Conference.

The PRESIDENT: Thank you, Mr. Secretary. I am sure that your instructions were so clear that people not only were able to get to the receptions and the other events but possibly to other events they had not even planned to be at! So, we thank you again.

ITEM 9: OTHER MATTERS  
TEMA 9: OTROS ASUNTOS

Aedes albopictus in the Americas  
Aedes albopictus en las Américas

Our first point on the Agenda is item 9, referred to as "Other Matters." We will take up one of those items under Other Matters this morning. Others will be taken later. But the matter before us today is

the subject of Aedes albopictus, and I would like to draw your attention to Document CSP22/INF/3. I have been informed that it has been circulated this morning, and on your behalf I will ask Dr. López-Antuñano to make his report on this item.

Dr. LOPEZ ANTUÑANO (OSP): Thank you, Mr. President. Durante la XXXI Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, en septiembre de 1985, se discutió el tema de la prevención y control del Aedes aegypti y las flavivirosis. En esa ocasión se analizó la situación del dengue y la fiebre amarilla, en términos de la relación directa entre los niveles de infestación con el mosquito vector Aedes aegypti y la endemicidad y posibles epidemias de dengue y fiebre amarilla urbana.

El Consejo Directivo urgió a los gobiernos a tomar acciones apropiadas para el control o la erradicación del Aedes aegypti en áreas aun infestadas y mantener los esfuerzos de vigilancia a un nivel capaz de detectar y eliminar cualquier infestación que pudiera ocurrir.

Durante la Tercera Reunión del Comité Científico Asesor en Dengue, Fiebre Amarilla y Aedes aegypti en Puerto Rico, ese mismo año, se hizo énfasis en que no se conocía por completo la epidemiología de esas enfermedades y se hicieron recomendaciones en relación con el uso de técnicas y métodos para el diagnóstico oportuno, la vigilancia efectiva y la instrumentación de medidas para la prevención y control.

El reciente descubrimiento de Aedes albopictus en siete estados de los Estados Unidos de América y en tres estados del Brasil tiene graves consecuencias para la salud pública, por la introducción y el establecimiento de esta especie exótica de mosquito que es un vector altamente eficiente del dengue y que también, según se ha demostrado experimentalmente, es un vector de la fiebre amarilla. El Aedes albopictus es primordialmente una especie silvestre que se cría en los huecos de los árboles, tocones de bambú y axilas de las hojas, pero también se adapta a los recipientes de uso doméstico como los neumáticos, tanques, tambores metálicos y floreros. Es un mosquito más resistente al frío, lo cual le permite propagarse más hacia latitudes norte y sur.

Aparentemente, la introducción en la Región de las Américas fue por medio de neumáticos transportados en grandes contenedores de carga provenientes de Asia. La información reciente que indica el establecimiento del Aedes albopictus en el Brasil tiene especial relieve debido a la epidemia de dengue en Río de Janeiro y otras localidades del país. Aunque la evidencia indica que el Aedes aegypti fue el principal vector en la epidemia, es sumamente importante determinar la posible contribución del Aedes albopictus en la transmisión del dengue. Además, y como el Aedes albopictus es capaz de criarse en huecos de árboles y en microcosmos silvestres semejantes, así como en ambientes domésticos, puede servir potencialmente como puente entre la fiebre amarilla y el dengue selvático, y para su transmisión urbana en la Región.



Los principales enfoques estratégicos para controlar el Aedes albopictus en las Américas engloban la recolección y diseminación de información, encuestas y vigilancia del vector y de las enfermedades transmitidas por Aedes, prevención de la diseminación del Aedes albopictus y, cuando sea posible, eliminación de las infestaciones conocidas.

Deben efectuarse también inmunizaciones con vacunas 17D contra la fiebre amarilla, adiestramiento de personal nacional e internacional e investigaciones sobre la ecología, biología, métodos de control de vigilancia y capacidad del vector.

En repetidas ocasiones los Cuerpos Directivos de la OPS han solicitado a los gobiernos de los países de la Región que organicen o intensifiquen actividades para la vigilancia epidemiológica de enfermedades transmitidas por el Aedes aegypti y que prosigan las acciones destinadas a la erradicación del vector. No obstante, el Aedes aegypti continúa reinfestando áreas en donde había sido erradicado. Se ha pedido a esta Conferencia Sanitaria que examine la información presentada por el señor Director en relación al Aedes albopictus, tome nota del serio problema que se presenta, y apruebe la preparación de un plan de acción para el control y la erradicación del Aedes albopictus en las Américas. Muchas gracias, señor Presidente.

The PRESIDENT: Thank you Dr. López Antuñano for that report. Delegates, are there any comments respecting the report and the issue? The United States of America, please.

Dr. HOPKINS (United States of America): The United States Government shares the concerns of PAHO and other Member States over the public health threat posed by the Aedes albopictus infestation now known to exist in the United States of America and Brazil. We would like to thank the Organization for responding promptly to this threat, and we agree with the suggestions and priorities for action expressed in Document CSP22/INF/3. Those recommendations derive in part from the very fruitful meeting between scientists from the Centers for Disease Control and PAHO on this subject last month. Because of the infestation with Aedes albopictus of parts of the United States of America, we are undertaking vigorous efforts to determine the full distribution and density of this vector in our country; and I regret to report, Mr. President, that in addition to the seven states indicated as infested in the document under discussion, we have since determined that three other states, Indiana, Ohio and Illinois, also have at least one focus each of this problem, and our surveillance efforts are continuing in a northerly direction.

We are also working to investigate the biology and vector competence of the strains which we detect, and so far all of those which have been tested from the United States of America have been shown to be capable of transmitting dengue and yellow fever. Further, we are working

to ascertain the risk of exportation of the species and to develop and implement control strategies. We have been working particularly with dealers in tires and persons involved in retreading tires. We had representatives at the national meeting of that group within the last few weeks, and some of them have already begun efforts to spray tires on their own. In addition to that, we are working with state and local health authorities, some of whom have also begun spraying efforts, and also clean-up efforts to remove containers which are likely sources of breeding of this vector as well as the Aedes aegypti vector and to intensify surveillance.

At the Centers for Disease Control we have shifted resources internally to allow us to move quickly to begin working with authorities in affected states to take the necessary actions. The Centers for Disease Control, particularly our San Juan laboratories of the Division of Vector-Borne Viral Diseases, is prepared to continue collaborating with PAHO and with interested Governments in helping to implement the recommendations of the Director's report. Our scientists are particularly eager to assist in entomologic studies to help determine the extent to which Aedes albopictus may be involved in epidemic transmission of dengue and to help determine the insecticide susceptibility and vector competence of isolates in other areas.

We would also, Mr. President, deriving mainly from our experience in reducing populations of Aedes aegypti in Puerto Rico and the American Virgin Islands, stress the importance of mobilization of the local populations in infested areas as a vital part of control measures. Finally, we would state that, in our view, a very high priority for the Hemisphere at this point is to assess the extent of infestation by Aedes albopictus in the Americas. Obviously we have a difficult enough situation on our hands knowing what we know; but clearly we would be facing a much more difficult situation if it were determined that this vector, rather than infesting only the United States and Brazil, also affects--has already colonized--local areas in other Member States as well. So we feel a very high priority needs to be put on determining the extent of infestation in the Americas so that we can know the size of the problem we face and tailor our countermeasures to that.

The PRESIDENT: Thank you. Panama, please.

Dr. MOLTO (Panamá): Gracias, señor Presidente. Quisiera aprovechar la oportunidad, a través de la introducción de este tema tan interesante e importante, sobre todo para la mayoría de los países de América tropical, para hablar de la potencialidad existente en algunos países, dado que en los Estados Unidos de América y en el Brasil ya es una realidad la presencia de este vector capaz de producir o de transmitir el dengue y del que hay todavía la incertidumbre de si puede o no transmitir la fiebre amarilla. Quisiera llamar la atención sobre el hecho de que nuestro país, Panamá, ha sido, a nivel continental, uno de los ejemplos de los esfuerzos invertidos en apoyar los programas de

control del medio ambiente ya que, en especial, estos tendienden a controlar los vectores que producen enfermedades en el hombre.

Para ninguno de los aquí presentes es desconocido que el territorio de nuestro país sirve para viabilizar el comercio y el intercambio entre todos los pueblos de la tierra, y que es esa herida en nuestra cintura geográfica la que facilita esto, lo que, día a día, nos pone en una situación de eminente peligro de que nos traigan vectores causantes de estos problemas. Así que, si el vector está en Asia y si ahora lo hemos descubierto en el Brasil y lo hay en los Estados Unidos de América, de seguro que se bajará en Panamá cuando los barcos pasen por nuestro canal.

Y yo quisiera aprovechar esta intervención para solicitarle al señor Director de la Oficina Sanitaria Panamericana--sabemos de sus incansables esfuerzos por tratar de captar recursos y apoyo a los programas de control de vectores--que pudiese todavía hacer otros esfuerzos adicionales para que, en el caso del Plan de Necesidades Prioritarias en Centro América y Panamá, en donde ya se han captado recursos para el programa de control de vectores, se pudiesen utilizar nuevos argumentos no solamente para captar más recursos sino también para poder diversificar su utilización, ya que las agencias o los países donantes, sistemáticamente, han estado impidiendo la utilización o la adquisición de insumos. Nuestros países en estos momentos, al igual que los demás, pasan por situaciones económicas y financieras críticas, y muchas veces, a pesar de la voluntad y el deseo político de seguir apoyando estos programas, se ven en dificultades para poder adquirir oportunamente los insumos y, en especial, los insecticidas. Así que aprovecho la oportunidad de la introducción de este tema para solicitar esos esfuerzos adicionales del señor Director. Muchas gracias.

The PRESIDENT: Thank you; that will be conveyed. The Delegate of Saint Lucia, please.

Dr. D'SOUZA (Saint Lucia): Like the previous speakers, I would like to congratulate PAHO for bringing this to the attention of the countries, and commend the United States of America on its presentation. The Delegation of Saint Lucia would like to pinpoint two areas of importance in the control programs. These are, Mr. President, the improvement in the solid wastes programs, which are vital and should be considered essential for any control program, especially in countries where Aedes albopictus has still not made its presence felt. The second is the importance of community participation in source reduction programs. We in Saint Lucia have benefited from a WHO-sponsored project for vector control, where the elements of community participation, mobilizing the communities to take an active part in solid waste removal and in source reduction have been instrumental in bringing down the Aedes index considerably. We hope to use these programs and to replicate them in other parts of our country, and we would like to suggest that this

method of prevention would in the long run be a far better means of controlling the spread of Aedes than any other measures that may be taken after the vector has made its presence felt in the countries concerned.

The PRESIDENT: Thank you. On behalf of the Conference, I would like to thank Dr. López Antuñano for the report and for his participation. The Rapporteur will be submitting a resolution at a later plenary session.

ITEM 5.10: INTERNATIONAL DRINKING WATER SUPPLY AND SANITATION DECADE - REGIONAL PROGRESS

TEMA 5.10: DECENIO INTERNACIONAL DEL ABASTECIMIENTO DE AGUA POTABLE Y DEL SANEAMIENTO - INFORME SOBRE LA MARCHA DE LOS TRABAJOS EN LA REGION

The PRESIDENT: Let us then proceed to item 5.10, entitled "International Drinking Water Supply and Sanitation Decade - Regional Progress." The document is CSP22/23. I will ask Dr. Gay to present the report on behalf of the Executive Committee.

Dr. GAY (Chairman of the Executive Committee): Mr. President, in his presentation to the Executive Committee, Mr. Dávila recalled that the International Drinking Water Supply and Sanitation Decade had been proclaimed by the United Nations General Assembly in November 1980, with the aim that drinking water supply and sanitation services might be extended to all people by 1990. Supervision of the decade worldwide is vested in WHO. For the 26 countries of Latin America and the Caribbean the targets are water supply services for 87% of the urban and 59% of the rural population, and sanitation services for 71% of the urban and 32% of the rural population. The cost of building these services is estimated at US\$30 billion, half for water supply and the other half for excreta disposal. According to the available data, by 1983 coverage had been increased from 84 to 86% for drinking water and from 59 to 61% for sanitation in urban areas; and from 40 to 42% and 11 to 14%, respectively, in rural areas.

It was pointed out in our discussion that these gains fell far short of what is being proposed and that the only attainable target was that for urban drinking water. Several speakers reported on difficulties in their countries: waste of water, persistence of service rate increases, lack of training of middle-level technicians, scarcity of sources, and inordinate urban growth. Our Director expressed agreement on the importance of the problem of water losses, which amounted to some 14% in the Region. He said that the document presented would have to be revised to increase the emphasis on this problem. Other speakers referred to the need for low-cost technologies and community participation.

The Rapporteur embodied the conclusions of the discussions in a proposed resolution which was approved by the Executive Committee in its ninth plenary session. This was Resolution XVII, in which it is proposed to the Pan American Sanitary Conference that it adopt the resolution to give effect to the conclusions of the discussion by urging the countries to make a greater political commitment, improve water quality, including fluoridation, and extend the coverage of sewerage services, promote the provision of drinking water and sanitation as essential components of primary health care, ensure intersectoral collaboration and coordination among all participants in the effort of the Decade, foster the administrative and technical development of the institutions responsible for water supply and sanitation services, promote the control of water losses, ensure the participation of the community, especially women, in these tasks, and identify and mobilize resources on a large scale. The international cooperation and financing agencies are asked to give high priority to drinking water supplies, to increase the proportion of the funds they allocate for these activities and endeavor to improve coordination and exchange information. Finally, our Director is requested to continue to support the programs for the Decade, the promotion of research in the development of drinking water supply and sanitation institutions, the subregional approach to programs and exchanges of information, and to continue monitoring progress in drinking water supply.

The PRESIDENT: Thank you. May I then invite Mr. Dávila to make his presentation at this time?

Sr. DAVILA (OSP): Gracias, señor Presidente. Distinguidos Delegados, me permito hacer una breve referencia a las modificaciones que se hicieron al informe visto por el Comité Ejecutivo, y que fueron incorporadas al Documento CSP22/23 que está en su poder. Las referidas modificaciones resultaron de la conveniencia de actualizar la información estadística y cobertura de servicios, e incorporar los comentarios más importantes que se recibieron durante la discusión del tema por parte de los miembros del Comité y el Director.

El documento revisado incluye datos estadísticos sobre la situación de los abastecimientos de agua y saneamiento en la Región al 31 de diciembre de 1985. El informe que dio el Comité utilizó información al mes de diciembre de 1983, y en algunos casos los datos recibidos tenían deficiencias que fueron posteriormente corregidas en base a la información solicitada a los países. Valga la oportunidad para apuntar que es conveniente que los países continúen con sus esfuerzos por mejorar sus sistemas de información sobre los servicios de abastecimiento de agua y saneamiento.

Durante el período 1980-1985 cerca de 46 millones de personas se beneficiaron de nuevos servicios de abastecimiento de agua, incrementando al 73% el total de la población de la Región, incluyendo la urbana y la rural, que cuenta con estos servicios. En igual situación, 29 millones

de habitantes fueron atendidos con servicios de saneamiento, tanto a través de sistemas de alcantarillado como a través de sistemas individuales de disposición de excretas. De esta manera, el 45% del total de la población en la Región cuenta con estas instalaciones.

La revisión indica también que, mientras se ha invertido un total de algo más de US\$7.200 millones para mejorar los abastecimientos de agua y servicios de saneamiento durante los primeros cinco años del decenio, sería necesario invertir cerca de \$22.600 millones adicionales para cumplir con las metas establecidas. Con la información modificada, las conclusiones referentes a cobertura de servicios en el documento original no se vieron modificadas.

Otro cambio importante con relación al documento original hace referencia al tema de las pérdidas de agua que experimentan los servicios mayores de agua en la Región. Apreciaciones generales nos muestran que las pérdidas de agua del 40% en los servicios de las ciudades grandes y áreas metropolitanas no son infrecuentes, mientras que, en los servicios bien administrados y operados, estas pérdidas pueden ser del orden del 20%. El documento revisado hace referencia a este aspecto desde un ángulo orientado a promover el uso eficiente del agua, evitando los desperdicios y el uso inadecuado. La atención a estos aspectos requerirá una activa participación de los usuarios, así como el mejoramiento de las prácticas gerenciales, incluyendo las de operación y mantenimiento de las instituciones que proporcionan los servicios. La resolución propuesta por el Comité Ejecutivo a la Conferencia da atención a los asuntos a los que he hecho referencia. Muchas gracias, señor Presidente.

The PRESIDENT: Thank you, Mr. Dávila. I now open the floor for discussion on the two reports. I recognize first the distinguished Delegate of Peru.

Dr. VALLEJO (Perú): Gracias, señor Presidente. La Delegación del Perú felicita al señor Director y a sus colaboradores por el importante informe presentado a esta Conferencia sobre los progresos alcanzados hasta la mitad del Decenio Internacional del Abastecimiento de Agua Potable y del Saneamiento, y expresa asimismo su respaldo al proyecto de resolución que se ha presentado al respecto.

Este tema siempre merece especial atención de los gobiernos debido a la capital importancia que el agua tiene en la preservación de la salud. De ahí que se haya proclamado el período 1981-1990 como Decenio Internacional, establecido como meta para proporcionar a toda la población agua de buena calidad, en cantidad suficiente, y servicios sanitarios básicos en 1990, de ser posible, dando prioridad a los pobres y a los menos privilegiados. De manera general, a nuestro juicio el documento expresa la situación y el desarrollo promedial que ha ocurrido en la Región.

Cabe destacar el hecho de que los logros en los cinco primeros años del Decenio han sido inferiores a lo previsto. Comparado con lo realizado en la década del 70, el aumento en la cobertura ha sido significativamente menor. Entre las diversas causas, queremos destacar la escasez de fondos, en especial de los provenientes del financiamiento externo. En las actuales condiciones económicas, hay pocas probabilidades de que aumenten sustancialmente los fondos de fuentes externas.

Tenemos el convencimiento de que el proyecto de resolución recoge los aspectos contemplados en las conclusiones y recomendaciones del documento que se comenta. En especial, queremos enfatizar tres aspectos. El primero es el referente al mayor compromiso político que deben asumir los gobiernos para el logro de la meta del Decenio, compromiso político que necesariamente debe reflejarse en las correspondientes asignaciones presupuestarias. El segundo, la necesidad de que la Organización Panamericana de la Salud continúe apoyando con vigor a los países en lo que se refiere a cantidad, calidad, continuidad, cobertura y costo-eficiencia del agua y saneamiento. Asimismo, que la Organización coopere con los gobiernos en la búsqueda de soluciones que contribuyan a equilibrar el desequilibrio actual entre abastecimiento de agua y saneamiento en las poblaciones periurbanas y rurales, en comparación con los cascos urbanos de las ciudades. Y en tercer lugar, queremos también destacar la necesidad de continuar exhortando a las agencias internacionales de cooperación financiera para que incrementen su cooperación a los programas de agua y saneamiento de los países de la Región, a pesar de las actuales restricciones derivadas de la crisis económica y de la deuda externa. Muchas gracias, señor Presidente.

The PRESIDENT: Gracias. I next recognize the distinguished Delegate of Mexico.

Dr. QUIJANO (México): Muchas gracias, señor Presidente. Creo que no es solamente muy bueno, sino hasta muy bonito que los encargados de los programas específicos de nuestro gran programa de salud para todos en el año 2000 consideren cada uno su campo como uno de los más importantes. Este del agua es realmente para mi país de particular importancia y, de hecho, las acciones para implementar el programa del Decenio del agua y del saneamiento incluyen un convenio intersecretarial que fue necesario, y se ha trabajado siempre en forma intersectorial.

Entre los datos de México que conviene que ustedes conozcan rápidamente diría que los mayores volúmenes de agua no ocurren en donde se encuentra los principales centros urbanos e industriales. El norte y el altiplano del país corresponden a más de la mitad del territorio, y apenas captan el 19% de la precipitación fluvial, y allí se asientan las dos terceras partes de la población. Lo mismo se encuentra allí el 70% de la industria manufacturera y, en cambio, en el suroeste, donde corresponde apenas una cuarta parte de la superficie del país y la población no llega al 20% del total, se cuenta con el 65% del volumen de

precipitación. La cuarta parte de la población radica en ciudades que están por arriba de los 2.000 metros sobre el nivel del mar, en donde solo se cuenta con el 4% del escurrimiento por superficie. En cambio, en los sitios por debajo de los 500 metros sobre el nivel del mar se dispone del 50% de los escurrimientos. Por último, todo el mundo está al tanto de que el subsuelo de la ciudad de México se daña fácilmente por haber sido construido sobre un lago, y la infraestructura de aprovisionamiento de agua sufre muchos y constantes desgastes.

Sin embargo, la política de distribución de agua ha sido, como digo, favorecida por todos los gobiernos desde hace 50 años. Ustedes saben que nuestro movimiento social que llamamos "la Revolución Mexicana" fue eminentemente de agricultores, de campesinos; hubo uno de los grandes líderes que se llamó Zapata, cuyo lema era "tierra y libertad", y algunas veces se ha referido con humor que debió haber dicho "agua y libertad". Pero los gobiernos han intentado arreglar la situación. En la actualidad casi el 70% de la población cuenta con servicios de agua entubada; casi el 90% de la población urbana, pero apenas el 40% de la población rural; con el alcantarillado ocurre lo mismo, más de las tres cuartas partes de las ciudades de mediano y gran tamaño cuentan con servicio de alcantarillado, pero apenas se llega al 15% en la zona rural.

Para resolver los problemas del abastecimiento de agua se ha llegado en primer lugar a la sobreexplotación de los acuíferos, y se han tenido dos grandes políticas: una es la de construir más obras, siempre más caras, pero ahora, con este concepto del Decenio del agua potable, se está dando más importancia a reducir la demanda, sobre todo a hacerla más racional y a obtener un uso más eficiente del agua.

Estamos contentos de que a principios de este año se firmó finalmente un programa nacional de control de pérdidas y uso eficiente del agua en las ciudades, para lo cual se tuvo un gran apoyo de la Organización Panamericana de la Salud, en particular del CEPIS, el Centro de Ingeniería Sanitaria ubicado en Lima, en donde hemos tenido consultores constantes desde hace dos años y las acciones se han planeado perfectamente. Se obtuvo de la Organización un aporte muy importante en dólares, y el Gobierno de México dio otro tanto, y se están realizando acciones para estar en forma constante vigilando y resolviendo problemas de pérdidas irracionales del agua, sobre todo en tres grandes ciudades. De hecho, se trabaja sobre cinco, pero es en tres grandes ciudades, que son México, Monterrey y Guadalajara, en donde, como digo, el problema de la infraestructura es particularmente grave.

En fin, no quiero ya prolongar mi comentario, pero deseo asegurarles que las metas del Decenio han vinculado las soluciones posibles para el abastecimiento del agua y saneamiento básico con el mejoramiento de la atención primaria, porque se considera que es la mejor estrategia general de salud y del desarrollo comunitario. Muchas gracias, señor Presidente.



The PRESIDENT: Gracias. I recognize the Delegate of the United States of America.

Dr. HOPKINS (United States of America): The United States Delegation would like to take this opportunity to thank the Secretariat for this very well prepared report. It serves to bring to our attention an area that has a very important bearing on health, and in which we are having problems in reaching the goals which have been established for the Water and Sanitation Decade. Potable water and sanitation are services which so many of us take for granted and yet, for those that do not have them, they have a very important negative impact on the quality of life and on health. For example, great efforts are needed and are being extended to provide secondary prevention by means of oral rehydration salts to combat the problem of diarrhea in children and in adults. But many of the same children and adults return home only to become ill again through contaminated drinking water.

Obviously this initiative for improved water and sanitation also contributes substantially to efforts by Member States and the Organization to control other diseases, such as schistosomiasis and amebiasis, for example. The urgent problems of rapid urbanization and growth of periurban settlements are placing a burden on both the national and human resources of our cities and national governments. Special emphasis should be given to this aspect of the problem.

The document at hand, on page 15, makes an important point that should be followed up in our planning for the future. It says that great differences exist in the extent of coverages of different countries, a factor which, we feel, should be considered carefully in finding and providing technical and financial cooperation. My Delegation supports the conclusions and recommendation set out on pages 15 through 20 of the document, and we will be pleased to continue to work with the Organization as much as we can in reaching our objectives.

The PRESIDENT: Thank you. The Chair recognizes the Delegate of Trinidad and Tobago.

Dr. ECKSTEIN (Trinidad and Tobago): Mr. President, it is appropriate that we should consider a progress report on the achievements of the International Water and Sanitation Decade at this point. My Delegation found the report to be an informative document, especially the tables summarizing the data for the Region. Trinidad and Tobago associates itself fully with the resolution that urges the continued focus on the water and sanitation aspects of the health system. In particular, we like the range of recommendations to Member Countries, which provide stimulus for their action even to those countries that may have achieved the basic targets. In Trinidad and Tobago, improved water supply and sanitation is recognized as one of the fundamental components of our strategy for better health and forms an integral part of our national economic and social development plans.

The 1985 statistics show that we have exceeded the four basic national targets for this Decade with respect to coverage of both urban and rural populations. This has been achieved through the collaborative efforts of the Government and UNDP. Over the past six years we have spent enormous sums of money on capital projects, and technical cooperation has been provided through, as I have said, UNDP. We are extremely appreciative of the collaborating efforts of PAHO in carrying out the UNDP projects. However, Mr. President, the road ahead is a steep one and the cost of maintaining infrastructure astounding. Where sophisticated technology has been utilized, this is one of the greatest challenges facing developing countries.

We have recently increased water rates in our attempt to meet the annual recurring cost, but large sums are needed to improve the sources of supply and the distribution system, which is often characterized by encrusted, undersized pipes. In Trinidad and Tobago this is important for, although the overall coverage is adequate, at times inconsistent supply of pipe-borne water has resulted in the storage of water in cisterns and tanks. This is not appropriate in a situation where the four dengue serotypes continue to be reported each year and now, with the recent suggested link of the mosquito as a possible vector for HTLV virus, one can understand the increased urgency placed on ensuring an improved water supply system. The Government has in recent times been forced to develop new mechanisms to finance the capital projects necessary for continuing water resources development. However, in a small developing country such as ours, infrastructural projects of the magnitude required do not lend themselves to private sector financing. Therefore, Mr. President, Trinidad and Tobago joins in urging international financing agencies to continue to give high priority to this program. Technical cooperation is needed, but without the financing of capital and recurring budgets the achievements made to date will not be sustained. I thank you.

The PRESIDENT: Thank you. The Chair recognizes the Delegate of Cuba.

Dr. MENCHACA (Cuba): Muchas gracias, señor Presidente. Las actividades del Decenio enfatizan la importancia del abastecimiento del agua y del saneamiento para mejorar el cuadro de salud de la población, en base a lograr objetivos primordiales, como son elevar la cobertura y calidad de los servicios de acueductos y alcantarillados, desarrollar los recursos humanos y materiales para la adecuada operación de los sistemas, prevenir y comprobar la contaminación de las cuencas de abastecimiento de agua, el establecimiento de zonas de protección sanitaria y la construcción de sistemas de tratamiento de residuales líquidos, domésticos, industriales y pecuarios.

La importancia que hemos dado a este asunto en el marco de las actividades del Decenio se puede observar en mi país en el esfuerzo a las inversiones de nuevas construcciones y ampliaciones, así como en la

rehabilitación de los sistemas de acueductos y alcantarillados, que de una cifra de 21,3 millones de pesos en 1981 ascendió a 40,3 en el año 1985. Adicionalmente se construyeron siete plantas de potabilización, con una capacidad total de 50 millones de metros cúbicos al año, y 318 estaciones de potabilización, que posibilitan la desinfección y el tratamiento del 90% del agua que se entrega a la población. Gran avance ha tenido en el quinquenio pasado la construcción de acueductos y obras de saneamiento a las comunidades rurales, y hay un programa en ejecución, con la colaboración del UNICEF, que comprende a 277 localidades con una población total de 250.000 habitantes, habiendo finalizado las obras en 164 de dichas localidades.

La lucha contra la contaminación del agua es una tarea priorizada por la Ley 33 de nuestro país; es de obligatorio cumplimiento que todas las nuevas urbanizaciones y las instalaciones industriales, sociales y pecuarias estén provistas de sus correspondientes sistemas de tratamiento de residuales. El Ministerio de Salud Pública, a través de su red higiénico-epidemiológica establecida en las provincias y municipios, garantiza las actividades de controles químicos del agua y de saneamiento, estableciendo asimismo las coordinaciones con los organismos responsabilizados del funcionamiento, planificación y proyección de los servicios de agua.

Las actividades de investigación y normalización se ejecutan en el Instituto Nacional de Higiene, donde se trabaja sobre temas relacionados con la calidad del abastecimiento del agua, el saneamiento y la salud. Las investigaciones están incluidas en el problema protección higiénica del ambiente y en la línea ambiente y salud y del programa de investigaciones del Ministerio de Salud Pública, para lo cual se inició un estudio en 57 ciudades de más de 20.000 habitantes. Actualmente, con la colaboración de la OPS, se extendió la investigación a 109 localidades con una población que oscila entre 500 y 2.000 habitantes.

Hemos informado someramente de algunas actividades desarrolladas por nuestro país, como experiencia de lo que significa este programa que, para satisfacción de todos los implicados, cuenta con el decidido apoyo de la Organización y del UNICEF. Agradecemos a la Secretaría la presentación de este valioso informe y la felicitamos por ello, expresando nuestro apoyo al proyecto de resolución presentado. Muchas gracias, señor Presidente.

The PRESIDENT: I recognize the distinguished Delegate of Ecuador.

Dr. BRACHO-OÑA (Ecuador): Señor Presidente, me permito, con mucha consideración, unirme a la felicitación que la Secretaría merece por un trabajo tan bien realizado en esta importantísima área del agua potable y del saneamiento. Por supuesto, gracias a la visión clarísima del señor Director, ha tenido que elaborarse un trabajo muy bien organizado.

En cuanto se refiere a las acciones en este campo que se han llevado a cabo en el Ecuador, voy a informar concretamente que el antiguo Servicio Interamericano de Obras Sanitarias o Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública, que hace 30 años dejara de ser tal y se transformara en el Instituto Ecuatoriano de Obras Sanitarias, con un presupuesto anual de aproximadamente US\$5 millones, se vio incrementado con un fondo que el Congreso Nacional de mi país creó también con una suma similar. Este fondo se llama "Fondo de Saneamiento Ambiental" y está dirigido a la parte rural fundamentalmente. Tenemos en este momento alrededor de 500 sistemas o proyectos en estudio para agua potable de las parroquias y de los grupos rurales más alejados del país.

Nos preocupa profundamente, y ello es motivo de una solicitud especial, que la Organización se sirviera considerar la asesoría, la cooperación técnica, de manera muy nítida, muy clara, para tener parámetros fundamentales en que basarnos a fin de incrementar el laboratorio en donde calificar todos los tipos de aguas, que siempre son diferentes en las distintas áreas del país. En esto estamos, en cierto modo, un tanto desprotegidos. Yo quisiera que se tomara muy especial cuidado en esa cooperación que queremos que llegue oportunamente. De otro modo, las acciones tanto de agua potable como de alcantarillado y letrinización en las áreas más alejadas de las ciudades serían realmente un sueño irrealizable. Queremos agradecer al señor Presidente la concesión de la palabra. Gracias.

The PRESIDENT: Thank you. I recognize the Delegate of Brazil.

Dr. SALOMON (Brasil): Muito obrigado, senhor Presidente. O Brasil se preocupa com o lento progresso para alcançar as metas propostas no decênio. O rápido crescimento da população nos setores urbanos de menores recursos está criando um problema especial que deverá ser atendido com decisão política, econômica e técnica. Esse crescimento incomum é devido em parte ao próprio crescimento da população urbana e ao agravamento de sua situação econômica, como à migração do campo para as grandes cidades, pela atração de encontrar melhores condições de vida. Durante anos, as perdas de água por escoamento ou o uso inadequado mesma foram reconhecidas, pois somam alta percentagem do total da água produzida. Quanto maior a percentagem que se possa recuperar dessa água, maior número de pessoas poderia ser abastecida e menor seria o esforço econômico que o país deve comprometer. É importante, por isso, que o decênio indique prioridades das populações urbanas marginais e rurais de menores recursos. O desenvolvimento administrativo e técnico das instituições responsáveis pelo abastecimento de água e o saneamento é fator muito importante para levar a termo as funções de planejamento e execução e, em especial, melhorar a operação e manutenção e a própria reabilitação do serviço. A crise econômica afetou negativamente os planos propostos, e por isso apoiamos as recomendações no sentido de exortar as agências de cooperação e financiamento internacional para que se continue dando alta prioridade ao abastecimento de água potável e ao saneamento e procurem aumentar as proporções dos recursos, especialmente

os destinados às populações urbanas e rurais de escassos recursos. A participação da comunidade é de grande importância em todas as etapas do desenvolvimento do serviço. O uso de estratégias inovadoras para reduzir os custos das obras ou parte delas, deve ser promovido e divulgado tanto a nível nacional como regional. As mesmas restrições que afetam o desenvolvimento do decênio em outros países são válidas para o Brasil. No que se refere à área urbana, o Brasil obteve bons resultados e é possível que alcance as metas propostas, tanto no abastecimento de água como em esgoto e disposição sanitária de excretos. Na área rural vem-se notando uma diminuição da população total, o que implica a existência de uma migração dessas áreas para os grandes centros de população. A continuar assim, isso implicaria em maiores problemas para as áreas urbanas, já que essa população se estabelecerá nas áreas marginais de extrema pobreza e carência, sem facilidades de abastecimento de água e a disposição sanitária de excretos. Daí a grande importância em dedicar maior esforço e recursos disponíveis à solução dos problemas das áreas marginais dos núcleos urbanos e ao melhoramento das condições de vida da área rural para tratar de impedir a migração. Ao que parece, essa migração permitirá em princípio resolver os problemas de abastecimento de água e de saneamento das áreas rurais. E, ainda assim, é muito improvável que se possa alcançar a meta proposta no que respeita em especial à disposição sanitária de excretos. Consideramos bastante válidas as recomendações do documento no seu capítulo 5. Cada um dos pontos mencionados deverá ser motivo de profunda reflexão. Muito obrigado.

The PRESIDENT: Thank you. I recognize the distinguished Delegate of El Salvador.

Dr. VALDEZ (El Salvador): Muchas gracias, señor Presidente. El Salvador se adhirió desde 1977 al compromiso para que, en 1990, todas las poblaciones urbanas y rurales estén atendidas. La Administración Nacional de Acueductos y Alcantarillados (ANDAA) y el Plan Nacional de Saneamiento Básico Rural, dependencia del Ministerio de Salud Pública, son los encargados del suministro de agua; el primero en el área urbana y el segundo en el área rural.

A principios de la década ANDAA y PLASABAR eran los dos organismos que actuaban en forma separada, no existiendo coordinación en sus entidades hasta el 2 de diciembre de 1981, en que, mediante un decreto legislativo, se creó la Comisión Nacional de Agua Potable (CONAPO), con lo cual se ha logrado avanzar un poco más en la meta propuesta para el año 1990.

El objetivo fundamental es el de alcanzar las metas establecidas mediante los mecanismos que permitan la coordinación y coherencia en los planes nacionales de los organismos que laboran en el campo del agua potable. Actualmente, nuestra cobertura en saneamiento ambiental básico es del 52,3% de agua potable en general, con un predominio en el área urbana. Con las metas propuestas no vamos a llegar al 100%, pero pensamos que podríamos llegar al 82% para el año 1990. Estamos

impulsando en el área rural 100 sistemas de acueductos mediante un préstamo del BID por US\$21 millones, y en el área urbana el Gobierno Federal Alemán ha hecho un donativo de US\$80 millones, con lo cual se piensa que mejorará substancialmente el servicio de agua potable en área urbana, más rápidamente tal vez que en el área rural. En términos generales es una prioridad uno para nuestro país, y consideramos que el saneamiento básico es importante para la prevención de las enfermedades. Muchas gracias, señor Presidente.

The PRESIDENT: The Chair recognizes the Delegate of Grenada.

Mr. WILLIAMS (Grenada): Thank you, Mr. President. The Grenada Delegation finds this a very useful document and it could be useful as a document of reference. Generally there are two difficulties: one is to supply water to the places where there is a scarcity of water, and the other is the greater difficulty of seeing that, where there is a plentiful supply of water, that water is uncontaminated. In Grenada, we have many rivers and streams, so there is a plentiful supply of water, but in the rural areas, because of the use of water downstream domestically, there is always the risk of contaminated water from upstream.

While I do not have detailed statistics, I believe that more than 80% of the population use treated pipe-borne water. The problem of contamination is really in the rural areas. We have many instances where someone will construct a house in the country away from a good water supply and other public services because that person might have a lot of land there and it is convenient for him to build on that lot of land. And then you find that someone else will join that person there and construct a second house. Then you find that two, three or four houses will be in that area far from treated water. And I am sure that this is not an uncommon situation among the other West Indian islands, where little villages develop like this, ad hoc.

It would seem, Mr. President, that for some of us in the small areas where it is almost inevitable that you would have these villages developing in little pockets in the rural areas, one way of handling this would be to monitor the areas where these villages develop and to keep on educating these people--they are usually the more humble people--advising them how they should treat the water, perhaps, for example by boiling it.

The PRESIDENT: Thank you. Next I would like to recognize the Delegate of Saint Lucia.

Dr. MASON (Saint Lucia): Saint Lucia recognizes a good water supply as one of the essential components of health delivery, and that is why in our submission on our priority programs to the subregional project for Caribbean Cooperation in Health, we mentioned water as one of our main priorities. Saint Lucia has been afflicted by the water-borne disease of schistosomiasis, commonly know as bilharzia, but, thanks to

cooperation from the Rockefeller Foundation of the United States of America, we have been able to reduce this now to very small proportions. I am sure that Saint Lucia has been actively engaged in carrying out paragraph 1, subparagraphs (a) to (h), of the draft resolution. In respect of the coordination of water projects, we have this year passed the Water and Sewerage Authority Act. We had a Water Authority Act alone before, but in order to coordinate the activities of both water and sewerage, which were under separate departments, we have brought them together now under one organization, and this will enhance the development of the provision of water island-wide and the provision of sewerage facilities as well.

In Saint Lucia it is estimated now that 85% of the people have access to piped water. Insofar as the international community is concerned in raising financial assistance, we have been able to get a grant from the British Development Division, a loan from the Caribbean Development Bank, and technical assistance from the United States of America and from Canada. In Canada, they are helping us with our forestry protection, because protection of forests is one of the main ways of promoting the conservation of water, and also, as I said earlier, by the survey and design of a dam which will provide for the water needs of the northern part of Saint Lucia until the year 1995. I am sure also, insofar as paragraph 3 of the proposed resolution that has been presented is concerned, that the Director of PAHO will need little urging to assist, particularly the developing countries, in attaining their goals of providing proper water supply for all their peoples.

The PRESIDENT: Thank you. I recognize the distinguished Delegate of Costa Rica.

Dr. MOHS (Costa Rica): Muchas gracias, señor Presidente. Yo quisiera hacer una observación específicamente sobre esa situación de la crisis actual, en vista de que nos dificulta continuar utilizando una tecnología de un costo que no permite que nuestros países logren coberturas adecuadas de abastecimiento de agua potable, y hace difícil lograr financiamientos externos suficientes para poder sostener este tipo de programas. En Costa Rica, con ayuda de la AID, se está experimentando una bomba de extracción de agua de material plástico, específicamente CPV, que puede abaratar el costo de este tipo de instrumento y la perforación de pozos. No hemos tenido ninguna información aun sobre la reducción de estos tipos de costos.

Con la ayuda de Acueductos y Alcantarillados, que es la institución que se encarga de llevar adelante todo el desarrollo de la infraestructura de agua, y con el UNICEF, estamos desarrollando actualmente tres mini-acueductos, utilizando como tipo de pago el proyecto mundial de alimentos.

Esto podría ser un mecanismo donde la comunidad realmente participa de lleno y en forma activa para poder llevar adelante el desarrollo de este tipo de programas. Aquí quiero hacer un paréntesis y

la observación de que un caso similar se da con el desarrollo del control de manejo de excretas. Para esto, en nuestro país, hemos logrado la creación de 96 centros comunales que están actualmente fabricando sus propias letrinas, y también estamos teniendo un acuerdo con la empresa privada para la fabricación de inodoros que puedan ser utilizados con una tecnología un poco diferente a la de la tradicional letrina. Estamos comprando en este momento la primera remesa de este tipo de inodoros para buscar una tecnología diferente.

Por tanto, sugiero que debemos buscar tecnologías de menos costos y acometer el desarrollo de un proceso en que participe activamente la comunidad, y que sea en ella, mediante un proceso educativo que debe llegar hasta los niveles locales, donde se desarrollen y controlen los sistemas de abastecimiento de agua potable, sobre todo en estas áreas rurales donde realmente más problemas tenemos. Muchas gracias, Señor Presidente.

The PRESIDENT: Gracias. The distinguished Delegate of Colombia.

Dr. ESMERAL BARROS (Colombia): Señor Presidente. Mis felicitaciones por el informe tan importante que se nos ha facilitado, y aprovechando lo que aquí he escuchado con relación a que vamos a necesitar unos US\$30.000 millones para el Decenio del Agua Potable, realmente son preocupantes estas cifras, dadas las circunstancias económicas por las cuales atraviesan muchos de nuestros países.

Ante el hecho de que llevemos el agua potable, se nos presenta la segunda parte, y es el sostenimiento. Eso implica lógicamente un presupuesto que supondrá, a la larga, gastos que pueden representar situaciones aun más preocupantes para el sostenimiento de los acueductos correspondientes. He tenido la oportunidad de conocer aquí en la OPS un equipo que creo que podría ser la revolución del agua, en lo que respecta a su tratamiento. Es el caso de la obtención de cloro en una forma sumamente económica, ya que va a representar la utilización de la sal industrial. Por ejemplo, en el caso de Colombia, el cloro de por sí es escaso y tenemos que importarlo; muchas veces nuestros acueductos no se pueden sostener precisamente por la falta de presupuesto para comprar cloro. Ese equipo, que nos da la capacidad de atender a unos 2.000 habitantes en nuestras veredas, es importantísimo, y ojalá que a partir de este equipo se trate de implementar el servicio en forma tal que nos dé capacidad para atender la demanda, la cual estoy seguro es muy importante. Ojalá la OPS diera impulso, como así lo espero, a esos equipos para solucionar realmente buena parte de la situación del agua potable, porque, repito, no solamente es instalar el acueducto sino que, luego, lo más preocupante es su sostenimiento. Muchas gracias, señor Presidente.

The PRESIDENT: Gracias. The Chair recognizes the Delegate of St. Kitts and Nevis.



Dr. MORRIS (St. Kitts and Nevis): The Delegation of St. Kitts and Nevis supports without reservation the initiative taken by PAHO. The population of St. Kitts and Nevis is reasonably well served with supplies of drinking water, but topographical conditions differ in both islands--it is a twin-island federation--and one therefore finds differences in the frequency and reliability of supplies to some rural areas in St. Kitts and in a larger measure in the sister island of Nevis. I will venture to say that every community has a reasonable supply of water. It is also true to state that there is an urgent need to secure regular and adequate supplies through the procurement and/or construction of reservoirs. This need is slowly being met with assistance under the bilateral agreements with the Government of Canada, through CIDA, where a well-drilling program is currently under way.

St. Kitts and Nevis is also seeking to improve the quality of its water. At present, only the urban areas enjoy consumption of this type of water, that is, treated water. The extension of this quality-type service to rural areas is dependent upon certain factors, and these factors are adequate storage capacities, procurement of supplies from both surface and underground sources, and of course expanded testing and treatment of existing and projected supply sources. Sewage disposal is also an urgent consideration, and under the Caribbean Cooperation project we have presented to PAHO a project to investigate and install a sewerage system in the main capital of the Federation of St. Christopher and Nevis, where 35-40% of the population resides.

I would like, at this point, to congratulate the authors of this report and to endorse the report and its recommendations. We look forward to continued assistance from PAHO and, of course, from donor countries and other international organizations.

The PRESIDENT: The Chair recognizes the distinguished Delegate of Nicaragua.

Dr. VILCHEZ (Nicaragua): Gracias, señor Presidente. El inicio del Decenio Internacional del Abastecimiento de Agua Potable y del Saneamiento prácticamente coincidió con el inicio de la gestión del gobierno revolucionario, y con esta la del Instituto Nicaragüense de Acueductos y Alcantarillados (INAA), que se creó en 1979 como fusión de dos organismos antecesores: la Empresa Aguadora de Managua y el Departamento Nacional de Acueductos y Alcantarillados (DENACAL).

A partir de 1979, Nicaragua ha pasado por diversas situaciones que se caracterizan, a rasgos generales, por un período de reactivación económica de 1980 a 1983, y posteriormente por una situación de agresión económica y militar. Las dificultades experimentadas hacia 1983 hacían prever ya, en ese año, la necesidad de efectuar una revisión y redefinición de las metas planteadas al inicio de la década. En octubre de 1985, en ocasión de realizarse un taller sobre el desarrollo institucional del Instituto Nicaragüense de Acueductos y Alcantarillados,

se observó que el deterioro de las condiciones económicas del país, determinado por la guerra y la agresión, alejaba las posibilidades de alcanzar las metas establecidas en 1981, y que, según estimaciones preliminares, si se mantenía la tendencia del crecimiento de la población hasta esa fecha durante lo que resta del presente decenio, se obtendrían al final coberturas de aproximadamente el 45% de la población del país con agua potable, y el 35% de la población urbana con servicio de alcantarillado sanitario.

Pese a lo anterior, el INAA ha venido realizando algunas acciones en el aspecto de la calidad del agua, habiéndose obtenido, entre otros, los siguientes resultados: instalar un laboratorio central con capacidad para realizar unos 20 análisis físicos-químicos, generales y 30 análisis bacteriológicos por semana. Asimismo, la capacidad instalada en el laboratorio permite realizar investigaciones en cuanto a dosificación del cloro, sulfato de aluminio y cal, diseño de hipocloradores típicos y evaluaciones de lagunas de estabilización. Se han implantado programas de monitoreo de la calidad del agua en acueductos, en los que ha sido posible hacer intervenciones para mejorar este aspecto.

En los nuevos proyectos de inversión se incluye el componente de potabilización, tanto en los de características urbanas como en los orientados a la población rural. Ante la situación de crisis que atraviesa el país, que para el sector de agua potable y saneamiento se traduce en limitaciones de financiamiento, escasez de personal calificado, baja capacidad de construcción y otras, se ha hecho necesario poner en práctica medidas y acciones que permitan, al menos, no deteriorar los actuales niveles de atención a la población. En tal sentido se ha definido un plan de acción de corto plazo, que se actualizará y ampliará de acuerdo a las circunstancias del país y que propugna atender los aspectos que intervienen más directamente en la prestación de los servicios, mediante la utilización de los recursos disponibles y de otros a gestionar, que son imprescindibles para tal propósito.

Las acciones cuya ejecución está prevista durante el período 1986-1987 se centran en las siguientes cuatro grandes áreas: continuar en el ámbito rural con la ejecución de proyectos que cuentan con financiamiento, a la par de brindar atención a los aspectos de operación y mantenimiento.

En las cabeceras departamentales y municipios, donde los acueductos presentan serias deficiencias, optimizar el uso de los bienes a adquirir, disponibles u ofrecidos, para su rehabilitación, y ejecutar los proyectos con financiamiento contratado.

En los acueductos excepcionalmente críticos, continuar con los estudios de preinversión, diseños finales y/o gestiones de financiamiento; y en la ciudad de Managua, procurar aumentar la oferta de agua a fin de que no se agudice más la crisis existente.

La ejecución de estas acciones implica movilizar recursos financieros del orden de US\$10 millones y de aproximadamente 1.200.000 de córdobas en este período, de los cuales el 39% de las divisas y el 10% de la moneda local estarían orientados a resolver problemas de carácter operativo que, por la escasez de recursos, se han acumulado de tal manera que ahora se requiere la aplicación de montos de esta naturaleza para brindar soluciones aceptables. Por otra parte, en el ámbito de la atención a la población rural se están dando pasos para mejorar la participación de las comunidades beneficiarias, tanto en los aspectos de planificación y ejecución de obras como también en lo concerniente a operación, mantenimiento y administración de los sistemas construidos en tal sentido. Se está procediendo a impulsar, dentro de los programas y proyectos de inversión, el componente de educación sanitaria de las comunidades, con énfasis en el uso adecuado del agua y la prevención de enfermedades de origen hídrico, a la par de brindar orientación y capacitación técnica en los aspectos de construcción, operación, mantenimiento y orientación de las obras de agua. Gracias.

The PRESIDENT: Thank you. I now ask the Rapporteur to read the resolution in the document cited at the beginning of this discussion.

El RELATOR: El proyecto de resolución dice así:

THE XXII PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Having seen the document presented by the Director on the International Drinking Water Supply and Sanitation Decade (1981-1990) - Regional Progress;

Recalling Resolution XXII of the XXVI Meeting of the Directing Council of PAHO (1979) and Resolutions WHA36.13 (1983) and WHA39.20 (1986) on the Decade, in which it is recognized that drinking water supplies and sanitation are essential to the success of the strategy of Health for All by the Year 2000 and that the Decade assigns priority to marginal urban and low-income rural populations;

Noting the efforts made by the Governments, the degree of external support, and the progress made by the Decade program to date;

Noting further the need to change the trends of coverage seen in the first half of the Decade, which indicate that several countries in the Region will be unable to reach the goals they have set for themselves, and that special efforts will be required if more progress is to be made in the final five years; and

Taking into account the recommendations in the report of the Director in regard to the participation of health authorities in drinking water supply and sanitation programs through intersectoral collaboration, and for effective cooperation with external cooperation agencies,

## RESOLVES:

1. To urge the Member Countries:
  - a) To make a greater political commitment to attainment of the goals of the Decade, including incorporation of their national water supply and sanitation plans in their national economic and social development plans;
  - b) To improve water quality, including fluoridation, and to extend the coverage of sewer and excreta disposal services to levels comparable to those of water supply services;
  - c) To promote and support the provision of drinking water and sanitation as essential components of primary health care;
  - d) To ensure intersectoral collaboration and coordination among national entities, international organizations and bilateral agencies and other participants in the Decade in order to optimize efforts;
  - e) To foster the administrative and technical development of the institutions responsible for water supply and sanitation services, including their human resources, so that they may carry out the functions of planning, execution and, in particular, operation, maintenance and rehabilitation of the services;
  - f) To promote the control of losses and the efficient use of water in integration with institutional development so as to optimize the use of installed capacity and extend the drinking water supply systems to serve the largest possible proportion of the population;
  - g) To ensure the participation of the community, and especially of women, in all stages--the planning, building, management, operation and maintenance--of the development of these services;
  - h) To identify and mobilize on a large scale the national and local financial, human, technical and administrative resources by means of innovative strategies so as to reduce costs.
2. To urge the international cooperation and financing agencies:
  - a) To continue giving high priority to drinking water supplies and sanitation, and to increase the proportion of the funds they allocate for the financing of services, especially for the urban and rural poor;

- b) To increase the proportion of the funds they allocate to institutional and manpower development, to operation, maintenance and rehabilitation, to public information, to sanitary education, and to community participation;
  - c) To continue their efforts to improve coordination and exchanges of information at the country and regional level with national establishments and other interested external agencies.
3. To request the Director:
- a) To continue supporting the countries in the development of their programs on the Decade, with special emphasis on intersectoral coordination and action with other external agencies;
  - b) To continue supporting the promotion of research in the health aspects of drinking water supply and sanitation programs and in the use of these services as well as in the development of low-cost technology;
  - c) To continue supporting the development of drinking water supply and sanitation institutions, including their human resources, and in particular to promote and support efforts to make more efficient use of the installed capacity of drinking water supply systems;
  - d) To continue supporting the development of Decade programs in the countries with a subregional approach that reinforces the national effort;
  - e) To publicize the experiences of the countries in community participation, the mobilization of resources, appropriate technology, operation and maintenance, and other important aspects, and to encourage exchanges of information;
  - f) To continue monitoring progress in drinking water supplies and sanitation and give support in strengthening the management information systems of the countries.

LA XXII CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Visto el documento presentado por el Director sobre el Decenio Internacional del Abastecimiento de Agua Potable y del Saneamiento (1981-1990) - Informe sobre la marcha de los trabajos en la Región;

Recordando la Recomendación XXII de la XXVI Reunión del Consejo Directivo de la OPS (1979) y las Resoluciones WHA36.13 (1983) y WHA39.20 (1986) sobre el Decenio en las que se reconoce que el agua potable y el

saneamiento son esenciales para el éxito de la estrategia de salud para todos en el año 2000 y que el Decenio asigna prioridad a las poblaciones urbanas marginales y las rurales de menores recursos;

Tomando nota de los esfuerzos realizados por los gobiernos, incluido el apoyo externo, y el progreso del programa del Decenio hasta la fecha;

Tomando nota además de que es necesario modificar las tendencias de cobertura determinadas en la primera mitad del Decenio según las cuales varios países de la Región no podrán alcanzar las metas establecidas por ellos y de que hay que hacer esfuerzos especiales para alcanzar mejores logros en los segundos cinco años, y

Teniendo en cuenta las recomendaciones del informe del Director a propósito de la participación de las autoridades de salud en los programas de abastecimiento de agua potable y saneamiento a través de la colaboración intersectorial y para la cooperación efectiva con las agencias externas de cooperación,

#### RESUELVE:

1. Instar a los Países Miembros a que:
  - a) Asuman un mayor compromiso político para el logro de las metas del Decenio, incluyendo la incorporación de los planes nacionales de abastecimiento de agua y saneamiento en los planes nacionales de desarrollo económico y social;
  - b) Mejoren la calidad del agua, incluyendo la fluoruración, y aumenten la cobertura de los servicios de alcantarillado y eliminación de excretas a niveles compatibles con los del abastecimiento de agua;
  - c) Promuevan y apoyen la provisión de agua potable y el saneamiento como componentes esenciales de la atención primaria de la salud;
  - d) Aseguren la colaboración y coordinación intersectorial necesarias entre las entidades nacionales, organismos internacionales, agencias bilaterales y otros participantes en el Decenio, a fin de optimizar los esfuerzos;
  - e) Fomenten el desarrollo administrativo y técnico de las instituciones responsables del abastecimiento de agua y del saneamiento, incluyendo sus recursos humanos, para que puedan llevar a cabo las funciones de planificación, ejecución y en particular la operación, el mantenimiento y la rehabilitación de los servicios;

- f) Promuevan el control de pérdidas y el uso eficiente del agua, en forma integrada con el desarrollo de las instituciones, para optimizar la utilización de la capacidad instalada y ampliar la provisión de los servicios de agua potable al mayor número posible de la población;
- g) Aseguren la participación de la comunidad, especialmente la inclusión de las mujeres, en todas las etapas del desarrollo de los servicios, como son la planificación, la construcción, la administración, la operación y el mantenimiento;
- h) Identifiquen y movilicen, en mayor escala, los recursos financieros, humanos, técnicos y administrativos nacionales y locales, utilizando estrategias innovadoras para reducir los costos.

2. Instar a las agencias de cooperación y financiación internacionales a que:

- a) Continúen dando alta prioridad al abastecimiento de agua potable y al saneamiento y que aumenten la proporción de los recursos para financiar los servicios, especialmente los destinados a las poblaciones urbanas y rurales pobres;
- b) Aumenten la proporción de recursos destinados al desarrollo institucional y de recursos humanos, operación, mantenimiento y rehabilitación, información pública, educación sanitaria y participación de la comunidad;
- c) Continúen sus esfuerzos para mejorar la coordinación y el intercambio de información en escalas nacional y regional con los organismos nacionales y otras agencias externas interesadas.

3. Pedir al Director que:

- a) Continúe apoyando a los países en el desarrollo de sus programas sobre el Decenio, haciendo un hincapié especial en la coordinación y acción intersectorial con otras agencias externas;
- b) Continúe apoyando la promoción de la investigación en los aspectos de salud de los programas de abastecimiento de agua y de saneamiento y en la utilización de los servicios, así como en el desarrollo de tecnología de bajo costo;

- c) Siga brindando apoyo al desarrollo de las instituciones de abastecimiento de agua potable y de saneamiento, incluidos los recursos humanos, y en especial promueva y apoye los esfuerzos para mejorar la eficiencia en el uso de la capacidad instalada de los sistemas de abastecimiento de agua potable;
- d) Continúe apoyando el desarrollo de los programas del Decenio en los países con un enfoque subregional que respalde el esfuerzo nacional;
- e) Fomente el intercambio de información y haga conocer las experiencias de los países con relación a la participación de la comunidad, la movilización de recursos, tecnología apropiada, operación y mantenimiento y otros aspectos importantes;
- f) Continúe la vigilancia del progreso en el abastecimiento de agua y el saneamiento y preste apoyo dirigido a reforzar los sistemas de información gerencial de los países.

The PRESIDENT: Thank you. Any comments on or objections to the resolution before us? No objections, so the resolution as read is approved.

Decision: The proposed resolution was unanimously adopted.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución.

The PRESIDENT: We have some comments from the Secretariat.

The SECRETARY: Thank you Mr. President. I would like to ask the Committee on Credentials, consisting of Cuba, Mexico, and Trinidad and Tobago, to meet in Room 203 immediately following this session, and to report immediately after the break.

The PRESIDENT: Thank you, Mr. Secretary. We will have the coffee recess at this time.

The session was suspended at 10:30 a.m. and resumed at 10:50 a.m.  
Se suspende la sesión a las 10:30 a.m. y se reanuda a las 10:50 a.m.

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

The PRESIDENT: Delegates, we can reconvene the session. The first item in the order of business is the report from our Committee on Credentials and Dr. Quijano of Mexico is going to give that report.



Dr. QUIJANO (México): Gracias, señor Presidente. La Comisión de Credenciales celebró su tercera sesión el día 26 de septiembre, a las 10:30 a.m., y examinó las credenciales presentadas al Director de la Oficina, conforme a lo dispuesto en el Artículo 26 del Reglamento Interno de la Conferencia. Se encontraron en buena y debida forma las credenciales de las organizaciones no gubernamentales que se leerán a continuación, por lo que esta Comisión propone a la Conferencia que reconozca su validez. Las organizaciones no gubernamentales son las siguientes: Comisión Internacional de Medicina del Trabajo, Consejo Internacional de Mujeres, Federación Internacional de la Vejez, Fondo Mundial para la Rehabilitación, Organización Mundial de Colegios Nacionales, Academias y Asociaciones Académicas de Médicos Generales o Médicos de Cabecera, Sociedad Internacional de Transfusión de Sangre y, finalmente, Unión Internacional de Arquitectos. Repito, esta Comisión recomienda a la Conferencia que apruebe esa lista. Gracias.

The PRESIDENT: Is the report of our Committee on Credentials accepted? Any objections? Thank you, it is approved, and on your behalf I would like to thank the Chairman and the members of the Committee for the work they have done.

The Secretary seeks the floor for an announcement.

The SECRETARY: I would like to call your attention to the fact that we have now distributed proposed resolution PR/15 concerning Aedes albopictus in the Americas.

ITEM 5.11: PAHO PLAN OF ACTION FOR FOOD SAFETY  
TEMA 5.11: PLAN DE ACCION DE LA OPS SOBRE LA INOCUIDAD DE LOS ALIMENTOS

The PRESIDENT: Thank you, Mr. Secretary. We will then proceed to item 5.11, entitled "PAHO Plan of Action for Food Safety" (Document CSP22/26). I ask Dr. Gay to make the report on behalf of the Executive Committee.

Dr. GAY (Chairman of the Executive Committee): Mr. President, the Executive Committee was reported to on this item by Dr. Fernandes, who noted the gravity of the problem of diseases associated with the lack of appropriate food protection measures and cited the example of enteritis and other diarrheal diseases figuring among the five leading causes of death in 17 of our countries, constituting the leading cause of death in five of them, and the second leading cause of death in four of them. This has underscored the enormous losses caused by lack of food protection. The PAHO Plan of Action for Food Protection and Safety, as we are aware, operates under the Veterinary Public Health Program. In the discussion, importance was attached to the imperative need for a good protection program to safeguard the health of the population and avert major food losses, the grave economic consequences of those losses and the rejection of food exports. These points, Mr. Chairman, were embodied

in Resolution XVIII, approved by the Executive Committee at its ninth plenary session. This resolution recommends to the XXII Pan American Sanitary Conference the adoption of a resolution urging Member Countries to give priority to food protection programs; to increase intersectoral coordination of these activities; to allocate more resources to development of these programs; to increase cooperation with other countries of the Region; and to support the efforts that PAHO may undertake in this matter. It also asks the Director to continue supporting these activities and to arrange for support for food protection programs from the international financing agencies and from agencies in other sectors.

The PRESIDENT: The Chair invites discussion of the report from the Executive Committee. The Delegate of Chile.

Dr. BORGÑO (Chile): Gracias, señor Presidente. Yo creo que debemos reconocer la importancia creciente que el problema tiene, y que debemos respaldar a la Organización en los esfuerzos que está haciendo con los países y en los países, y los propios esfuerzos de los países, para continuar el camino hacia adelante.

Quisiera referirme en mis comentarios a cuatro aspectos que me parecen importantes. Uno está planteado en el documento base de discusión, y es el enfoque epidemiológico que tiene que tener el control de calidad de los alimentos, no solamente desde el punto de vista de la nutrición, sino también de la transmisión de enfermedades o, inclusive, los peligros que pueden tener los elementos radioactivos que contaminan los alimentos, ya sea directa o indirectamente. Y por otra parte, la calidad de estos alimentos, en el proceso de importación/exportación por los países, es de extraordinaria magnitud, y si tenemos que utilizar adecuadamente los recursos que poseemos, una de las tareas nuestras es, precisamente no tener pérdidas que pudiéramos llamar prevenibles. También quisiera señalar la necesidad de que tenga este programa un respaldo de laboratorio, que permita oportunamente y en las diferentes fases del proceso, si fuera así necesario, tener los elementos de diagnóstico de contaminación de varias órdenes, en especial el microbiológico, para poder reconocer los defectos, solucionarlos y evitar, además, que sean causa de infecciones provenientes de los alimentos de origen animal, o porque en el proceso, las manos del hombre han estado interviniendo para su contaminación. Quisiera señalar que la Organización debiera continuar respaldando estos aspectos porque creo que quedaría trunco un programa que no tuviera lo que podríamos llamar el respaldo, el apoyo necesario, de un laboratorio eficiente que pueda hacer los exámenes y los controles de calidad y el monitoreo y la vigilancia que este programa requiere.

Finalmente, quisiera señalar la importancia creciente que diferentes tipos de desastres están teniendo en la contaminación de los alimentos. Está en la mente de todos el último, el de Chernobyl, y los problemas que inclusive obligaron a los organismos internacionales a

tener información y a abordar los problemas que se crearon--además de los problemas propiamente del desastre--de contaminación de los alimentos, especialmente en Europa. Así, este tipo de cosas puede ocurrir en cualquier parte del mundo y estamos cada vez más expuestos a ello, y no solamente a este tipo de desastre sino también al de la contaminación del suelo y de las aguas, que están también en contacto con alimentos que vamos a consumir y que se pueden estar provocando en relación con la contaminación química. Lo mismo en lo que se puede referir a la necesidad de mantener alimentos de buena calidad que requieren, para el buen desarrollo de sus cosechas, la aplicación de sustancias químicas precisamente para tener un mejor resultado, y de que esta aplicación esté siendo bien empleada, de tal manera que no sea fuente de problemas de intoxicaciones químicas. Creo que este programa debe tener, como ha tenido, aunque deben intensificarse, los esfuerzos de la Organización y de todos los países y, especialmente, nuestro compromiso político a nivel nacional para sacarlo adelante, por la trascendencia que tiene y, sobre todo, porque, mirando hacia el futuro, es probablemente uno de los problemas de mayor importancia. Muchas gracias, señor Presidente.

The PRESIDENT: I recognize the honorable Delegate of Cuba.

Dr. MONTALVO (Cuba): Gracias, señor Presidente. Nuestra Delegación valora altamente los esfuerzos que realiza la OPS por respaldar los compromisos asumidos por los países de la Región de lograr la salud para todos en el año 2000. Teniendo en cuenta que para alcanzar esta difícil meta es necesario disponer de un suministro suficiente de alimentos sanos, nutritivos e inocuos, toda vez que los alimentos contaminados ocasionan uno de los problemas de salud más generalizados en la Región, concedemos una gran importancia al tema de la inocuidad de los alimentos, que ha sido preparado por la OPS como parte del programa de salud pública veterinaria.

Los muy claros objetivos del programa y las propuestas de acciones para su ejecución, basada en actividades de cooperación técnica, posibilitan un respaldo resuelto al referido programa. Sin embargo, consideramos que todos los esfuerzos de la OPS serán baldíos si los Gobiernos no toman debida conciencia de la importancia del asunto y del inevitable apoyo que se requiere a nivel nacional para el pleno aprovechamiento y puesta en marcha de este programa. Por otra parte, al considerar los esfuerzos y acciones emprendidos por otras organizaciones internacionales y regionales vinculadas al tema del control de los alimentos, se garantiza la óptima utilización en el área de recursos destinados a la obtención de alimentos económicos, inocuos y nutritivos. Tal es el caso del respaldo que brindan al programa las acciones de la FAO y la OMS y las del programa conjunto FAO/OMS del Codex Alimentarius y su comité coordinador para América Latina y el Caribe.

Han sido considerados todos los elementos al presentar el programa y, si bien es cierto que la OPS ya ha venido prestando atención a muchos de ellos en los últimos años, en esta ocasión figuran con un enfoque

integral dentro del Plan de Acción, concediendo prioridades y delineando metas concretas, las estrategias generales y los recursos disponibles para su puesta en marcha. Por último, consideramos oportuno señalar que el cambio que se opera en la cooperación de la OPS con la concepción integrada de este programa obliga a que los avances sean evaluados periódicamente y sobre bases regulares, lo cual permitirá detectar dónde radican las mayores dificultades y sobre ellas tomar acciones coordinadamente. Muchas gracias.

The PRESIDENT: The honorable Delegate of the United States of America.

Dr. NIGHTINGALE (United States of America): The United States Delegation thanks the Secretariat for the document before us. The goals and objectives of the PAHO Plan of Action for Food Safety are not only laudable and comprehensive but very ambitious. We are confident that, by implementing the Plan, the Region should have vastly improved food protection by 1990. The United States Food and Drug Administration (FDA) is committed, within the constraints of its resources, to assisting in the implementation of the PAHO Plan of Action for Food Safety. I am pleased to note that the FDA is already working closely with PAHO on demonstration projects in two countries in the Region. We hope that this will prove of great value to the overall program. Additionally, I am pleased to note that as one follow-up to the very successful Inter-American Conference on Food Protection held at PAHO headquarters in August 1985, as well as to help implement the overall program, an FDA employee has been assigned to work at PAHO full time for one year.

At this point I have several specific comments to make on the Plan. It is important that the planning of initiatives in the food safety area be further developed. For example, objectives need to be prioritized and detailed implementation plans, with milestones, need to be developed. In addition, in order to obtain extrabudgetary resources, a proposed budget would be required and meaningful evaluation criteria will need to be built into each task.

Finally, Mr. President, I want to note that we have submitted a minor revision in the language of the proposed resolution that we believe takes cognizance of the current coordination that is occurring under the leadership of the Director with multilateral and bilateral agencies and with the private sector, and request that this extremely important coordination continue. Thus, we propose a change in operative paragraph 2 (b) so that it reads as per proposed resolution PR/10.

The PRESIDENT: The honorable Delegate of Nicaragua.

Dr. VILCHEZ (Nicaragua): Gracias, señor Presidente. Respecto a este importante tema, permítame expresarle nuestro reconocimiento y apoyo al Plan de Acción que se propone. Estamos conscientes de que asegurar la inocuidad de los alimentos es la mejor manera de proteger los recursos

alimentarios, la salud de la población y la estabilidad económica. Es un problema de salud definitivamente abordado por la mayoría de nuestros países, e incluso el registro de notificación de los casos de enfermedades transmitidas por alimentos no refleja la dimensión más acabada de este problema.

En nuestro país, en lo que se refiere a producción de alimentos, aun existe un deficitario control, aunque las principales industrias no constituyen serios problemas higiénico-sanitarios. La mayor problemática de Nicaragua en este aspecto radica en las pequeñas industrias, en la producción casera y en los centros de elaboración y expendio de alimentos de consumo inmediato--comedores, restaurantes, mercados--por la proliferación de este tipo de establecimientos y por la falta de un marco legal que apoye las medidas dictadas.

Como muy bien se señala en el documento, las dificultades mayores que enfrentan los países de nuestra Región, para la adecuada concepción y marcha de estos programas, son las limitaciones de recursos financieros y recursos profesionales y técnicos. Es en este marco donde el apoyo del Director de la OSP merece nuestro mayor aplauso. Nicaragua no ha logrado una participación activa en las actividades del Codex Alimentarius, pero adelanta su decisión de que así sea en el futuro inmediato. Una mayor difusión y coordinación de las actividades del Codex dentro de nuestra Región pareciera importante para promover el nuevo enfoque integral que se trata de dar al programa de cooperación técnica.

Por último, señor Presidente, quisiéramos recalcar en esta ocasión el apoyo que nuestro país ha recibido en los últimos años de la Universidad de Moncton del Canadá, a través de la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (CIDA) para la formación de técnicos y profesionales en nutrición y alimentación, lo cual, indiscutiblemente, ha tenido importante impacto en el desarrollo del programa nacional. Gracias.

The PRESIDENT: I recognize the Delegate of Canada.

Mr. LEBLANC (Canada): Mr. President, the Canadian Delegation would like to congratulate the Director for bringing forward the PAHO Plan of Action for Food Safety 1986-1990. This plan gives support for good health policy and good economic policy. Canada is supportive of a comprehensive approach to the problem and is particularly gratified with the collaborative activities set up in Annex 1 of the Plan.

Canada was pleased to participate in sponsorship of and collaboration in the organization and conduct of the Inter-American Conference on Food Protection. Canada looks forward to continued collaboration in the Regional Plan of Action arising from that Conference. My Delegation also notes the important linkages with plans noted in CSP22/18, International Program on Chemical Safety, especially as it relates to the use of pesticides in agriculture, and also CSP22/23,

International Drinking Water Supply and Sanitation Decade - Regional Progress, as it relates to the important connection between clean water and food safety. It is apparent that there will be the necessity for intersectoral cooperation within Member States, in particular between agriculture and health. We support the recognition in the documents of the essential elements of the Food Safety Program: legislation, inspection, research and analysis. We would like to place stress on the importance of inspection as a cost-effective strategy. In closing, we would like to reiterate Canada's willingness to cooperate in implementing the Plan of Action.

The PRESIDENT: I recognize the distinguished Delegate of Mexico.

Dr. QUIJANO (México): Muchas gracias, señor Presidente. México, como los otros países de la Región, reconoce la importancia de contar con una resolución de la XXII Conferencia Sanitaria Panamericana para lograr que todos los Países Miembros promuevan vigorosamente sus programas respectivos de protección alimentaria. En aras de la brevedad, simplemente quiero mencionar algunos de los avances que se han podido lograr en nuestro país.

Hace dos años, se ha mencionado ya la aprobación de la nueva ley general de salud, y puedo decir que, en este año de 1986, se concluyó el reglamento sanitario, que se refiere a los productos, alimentos, insumos y servicios e, inclusive, a la publicidad. Todo esto se reflejará, esperamos confiadamente, en una mejoría de la calidad y de la inocuidad de los alimentos que se consumen. En segundo lugar, se han formalizado ya las acciones de descentralización y desconcentración, que se refieren también a la regulación sanitaria. En tercer lugar, se ha logrado la coordinación sectorial e intersectorial con varias Secretarías de Estado--la Secretaría de Comercio y Fomento Industrial y la de Agricultura, que incluye los recursos hidráulicos, la de Desarrollo Urbano y Ecología y, finalmente, una Secretaría que se ocupa de los asuntos de pesca--para actualizar la legislación en las materias concurrentes.

Y no solo eso, sino que se han realizado acuerdos con varias universidades e institutos de educación superior del país, primero para utilizar ocasionalmente y por algún tiempo los laboratorios, y con ello formar una red que pueda ayudar al control de la inocuidad de alimentos, tanto desde el punto de vista microbiológico como desde el punto de vista de residuos químicos de plaguicidas y otros. Y finalmente, dentro de estos acuerdos con universidades, para utilizar los servicios de los que en México llamamos los pasantes: estudiantes que han terminado sus estudios pero a los que todavía no se les ha concedido el diploma y que tienen que cumplir con lo que se llama el "servicio social" durante un año. La utilización de esas personas que están cumpliendo su servicio social es en diferentes disciplinas, para que, en todos los estados, coadyuven en la medida que se requiera para lograr la inocuidad de alimentos. Por último, desde el punto de vista internacional, se ha

logrado una colaboración intensa y productiva, en primer lugar con la Organización Panamericana de la Salud, con el Codex Alimentarius, con dos organismos norteamericanos que están muy relacionados con esto: la Agencia para la Protección Ambiental (EPA) y la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration). Consideramos que esto es y será muy útil, porque tendremos bien claras las disposiciones de la reglamentación para la aceptación de exportaciones de alimentos a los Estados Unidos, y los residuos que pueden ser peligrosos para la salud. Finalmente, se ha logrado un programa federal de regulación, control y fomento sanitario, lo que revela el interés del Gobierno de México para atender en forma prioritaria los aspectos de regulación y protección alimentaria dentro de los programas del Sistema Nacional de Salud. Muchas gracias, señor Presidente.

The PRESIDENT: The Delegate of Brazil.

Dr. SALOMON (Brasil): Muito obrigado, senhor Presidente. O documento merece o apoio dos países, já que procura definir o plano de ação da OPAS em um problema de fundamental importância em saúde pública, que é o da qualidade dos alimentos. Na XXII Conferência Sanitária Pan-Americana, as resoluções acordadas coincidem com os considerandos estabelecidos nos pontos 1 e 2 como as metas 4.1 e as estratégias 4.2. No caso do Brasil, o controle sanitário dos alimentos é de competência dos Ministérios da Saúde e da Agricultura, de acordo com os grupos de alimentos. Ao Ministério da Saúde compete o registro e controle dos alimentos de forma geral, exceções para as áreas cobertas por legislação própria, cujos órgãos fiscalizadores acham-se no âmbito do Ministério da Agricultura, como no caso dos produtos de origem animal e no tocante aos vegetais, abrangendo os sucos e bebidas. Devemos manifestar o desejo de que se dê maior prioridade às ações que se realizarem em torno de fortalecimento dos serviços de inspeção de alimentos, com um sistema que cubra tanto o consumo interno como a importação e a exportação, abarcando todos os problemas ligados ao abastecimento interno e ao mercado externo. A organização dos serviços analíticos dos programas de capacitação é útil apenas na medida em que um serviço de inspeção alimentar devidamente organizado, com a adequada infra-estrutura, possa utilizar em benefício da comunidade os resultados das análises de laboratório e canalizar a participação organizada para a comunidade. Os programas dão excessiva ênfase aos aspectos laboratoriais em detrimento da cooperação na organização dos serviços de inspeção. No que se refere aos objetivos, consideramos que, dos sete assinalados no plano de ação, o primeiro, que diz: "lograr que o países estabeleçam programas nacionais de proteção de alimentos ou tornem mais eficientes os já existentes", deve ser o objetivo fundamental, estando os outros seis a este subordinados. Deve-se destacar de forma importante a liderança que corresponde ao Ministério da Saúde, os quais devem julgar um rol das agências governamentais vinculadas ao problema. Na página 3, com referência ao ponto 2.B, consideramos que a relação com o setor privado deve ser cuidadosamente estudada e as companhias internacionais ou multinacionais de produção de alimentos devem estar sob maior controle do

governo, o qual é o responsável pela saúde pública. A problemática do controle de alimentos em um país tem evoluído aceleradamente com o aumento do poder aquisitivo da população, assim gerando maior demanda de alimentos, o que dificulta o controle de qualidade. Nossa política de exportação e de importação de alimentos exigirá reforçar nossos serviços de controle, e por isso mesmo nossa convicção de que este deve ser o nosso objetivo prioritário no plano de ação. Agradecemos a cooperação da Organização Pan-Americana da Saúde nessa matéria e esperamos que esta cooperação seja incrementada nos próximos quatro anos. Muito obrigado, Senhor Presidente.

The PRESIDENTE: The Chair recognizes next the Delegate of Jamaica.

Dr. BOWEN-WRIGHT (Jamaica): I should like to offer our congratulations to the Secretariat for a very comprehensive document, which relates to our experience in the Caribbean, reflects a good grasp of the problem, and provides a well-executed situational analysis. It will be useful in pointing the way to the technical cooperation needed in individual Member Countries, and will be a useful reference document to help Member Governments examine their own situation, in relation to the regional profile reflected in the document.

To focus specifically on page 3, which lists eight shortcomings, Jamaica can at last safely dissociate itself from point 2.1, which addresses insufficient national commitment to food protection. However, we would agree that our national government suffers from most of the other shortcomings, but commitment to our food protection policy and programs under that policy is the first step to overcoming some of the others. Inadequate food protection and safety programs can impact adversely on the economic situation of most Caribbean states; hence, that will be a strong motivating factor.

I would like to finalize my brief remarks by acknowledging the efforts of the United States Food and Drug Administration which, in collaboration with PAHO's technical cooperation, is facilitating the development of a food policy for Jamaica as well as the mechanisms to enable implementation of activities on the programs. In addition, the two Regional Centers--CFNI (Caribbean Food and Nutrition Institute), and CAREC (Caribbean Epidemiological Center)--have been invaluable in assisting Jamaica with consumer awareness programs and laboratory support for investigation of food-borne diseases, respectively.

The PRESIDENT: Next I would like to recognize the honorable Delegate of Honduras.

Dr. BERMUDEZ (Honduras): Gracias, señor Presidente, Honduras solamente quiere presentar una idea de interés dentro de este Plan de Acción de la OPS sobre la inocuidad de los alimentos. El objetivo específico es de beneficio para los países que no tienen sistemas de control de alimentos muy desarrollados, y en casi todos los puntos que



han sido señalados en este Plan de Acción de lo que se trata es de evitar que los Países Miembros exporten productos utilizados en la alimentación cuyo uso sea prohibido en el propio país que lo comercia. Solamente esto, señor Presidente.

The PRESIDENT: The Delegate of Grenada.

Dr. WILLIAMS (Grenada): The Grenada Delegation supports this document on the Plan of Action for Food Safety and it congratulates the Secretariat for a well-prepared document. It contains plenty of useful information, and I will recommend to our Public Health and Food and Nutrition Departments that they study it as part of their research.

Page 4 of the document has the caption, "Inadequate Health Education." I support very strongly this aspect of the report because I am a very firm believer in health education as the most important component of the primary health care system. Page 5 states that "no provision has been made in grade school for the health education that children need on this subject." I know many schools in Grenada that give attention to this subject. What I find is that people have the knowledge but do not apply it. I believe our efforts in this respect should be to get people to practice what they know.

The PRESIDENT: The Delegate of Saint Lucia.

Dr. MASON (Saint Lucia): The Saint Lucia Delegation has reviewed the PAHO document on food safety and would like to congratulate the authors of this paper. Our Delegation notes and would like to encourage and indeed support the directions proposed in the resolution. Saint Lucia has taken some positive steps in the promotion of food safety by the involvement of all government institutions concerned in an effort to mobilize the already limited resources, coupled with the available technical support, and to bring the awareness of the great need for action in this area.

Mr. President, Saint Lucia is committed to this plan of action. Our Government has already given approval for the Ministry of Health to proceed in that direction in order to develop an acceptable plan for improved food safety. To this end, the Ministry has received support from PAHO, and a multisectoral task force is presently at work to assist the Ministry in this important field. Saint Lucia would like to mention in particular the usefulness of television spots by CFNI; they have in fact complemented our national training program on food safety for all hotel workers. So far private sector participation in our food safety programs is encouraging and Saint Lucia looks forward to continued support and cooperation.

The PRESIDENT: Thank you, Delegates. Two observer groups have asked to be heard at this time. First, I would like to call on the Observer for the Inter-American Institute for Cooperation on Agriculture.

Mr. MUSSMAN (Observer, Inter-American Institute for Cooperation on Agriculture): Thank you. Mr. President, Director Carlyle Guerra de Macedo, distinguished Delegates to the XXII Pan American Sanitary Conference. Since this may be our only intervention at this XXII Conference, I would like to take this opportunity on behalf of the Director-General of IICA, Dr. Martin Píñero, and all the staff of IICA to congratulate you on your having been re-elected to the very high post in PAHO. We are delighted. We know of your work, we know through your own staff here at PAHO how highly regarded you are, and we look forward to working with you. We also want to compliment those who prepared all the working documents for this meeting. We know how difficult it is to prepare these and share a great deal of interest in the quality of these efforts, and we want the staff of PAHO to know that we feel they were extremely well done--not only the one on food safety, but others as well.

We have asked for the floor this morning because we share concerns about many of the issues that are being addressed by PAHO. Many of the members of delegations here represent countries that are also members of IICA, and I think it is very clear to many of them, if they stop to think about it, just how closely the programs of PAHO and those of IICA parallel one another and have overlapping interests. IICA has programs in rural development, in enhancing agricultural trade and marketing, in animal and plant health, in the generation and transfer of technology, to name but a few. Almost all of these are oriented to improving agricultural production and improving the general quality of life. I think that it is implicitly understood in all those programs that anything that can be done to improve the quantities and quality of food and enhance the quality of life is working hand in hand with achieving the goals of the Pan American Health Organization.

Whereas we focus on food and fiber production, control of post-harvest losses and the spoilage problems that we are all familiar with, we are also concerned with food-borne diseases and toxicity of chemicals. We have programs in which pesticides clearly have to be used to achieve quarantine purposes, for example, but we are very conscious of the need to make certain that they are used properly, in the right places, and that there are no residual levels that may endanger public health. Certainly, to enhance agricultural trade, we not only need to avoid quarantine differences between countries on crop agriculture, but also differences in animal health requirements, and for this reason IICA will be renewing its efforts in the future to try to achieve harmony in those standards which are set for movement of livestock and meat products, poultry products etc. between countries and outside of the Latin American and Caribbean area.

Let me conclude, Mr. President, by saying that we believe there are many areas in which PAHO and IICA should have been working more closely in the past. I believe that we can acknowledge that, but determine at this time that it is going to be appropriate for us to work much more closely together in the future. Indeed, I know a number of

members of the Pan American Health Organization staff with whom I believe cooperation and collaboration would be most beneficial--both to PAHO and to IICA--in the areas of food safety, chemical safety and animal health, to name just a few. So, we sincerely look forward to the opportunity to find more and more frequent ways in which we can truly complement one another's activity and help work toward a common goal.

The PRESIDENT: The Chair will next recognize the Observer for FAO.

Mr. LUPIEN (Observer for the Food and Agriculture Organization of the United Nations): Mr. President, Director, Dr. Carlyle Guerra de Macedo, distinguished Delegates: I very much appreciate the opportunity to make a few remarks at this point on behalf of the Food and Agriculture Organization of the United Nations. I would like to join my colleagues from IICA in congratulating Dr. Guerra de Macedo on his re-election and also on the excellence and the quality of the papers which we have here before us from the Secretariat. They very clearly point out the problems which we have to face in the area of food safety.

FAO has cooperated closely over many years with WHO organizations at both global and regional levels on matters related to food quality and safety, since these activities are as important to food production, processing and marketing as they are to the area of health and nutrition. FAO and WHO have convened joint expert committees for over 25 years to provide Member Countries with expert advice on food additives, pesticide residues, contaminants in food, and a number of related matters. In 1987, the Joint FAO/WHO Expert Committee on Food Additives will start a comprehensive evaluation of residues of animal drugs in meat and other animal products and provide the results of these technical reviews to the newly-established Codex Alimentarius Committee on Veterinary Drug Residues in Food.

Another point that was mentioned today, that of radionuclides in food, is also being actively pursued by FAO in collaboration with WHO, the International Atomic Energy Agency and other related UN agencies to try to make some sense out of the problems that have followed the recent Chernobyl accident. We believe that the reports from FAO and WHO Expert Committees and the technical consultation and related technical advice documents and manuals have proven to be very useful to all Member Countries in operating and strengthening their national food quality and safety programs.

This technical information is also invaluable to the FAO and WHO Codex Alimentarius Commission. This Commission, as most of you probably know, is a very important worldwide FAO/WHO activity and I have the honor of serving as Chief of the Joint FAO/WHO Food Standards Program, which is the Secretariat to that Commission. The Commission was established in the early nineteen-sixties to control international trade in foods and protect the health of consumers against food risks. It currently has 129 member countries. Most of the countries in this room are members of this

Commission, and the Commission works to establish internationally agreed food standards, labeling rules on food additives, pesticide residues, food contaminants, etc.

In this Region, the Commission has a Codex Alimentarius Coordinating Committee for Latin America and the Caribbean, and the coordinator is currently from Cuba, which will host the meetings of that Committee. At the Regional level, FAO is working closely with PAHO to promote better food quality and safety programs, to reduce food losses and to promote food safety for all. The document provided by the PAHO Secretariat as background for this agenda item points out the serious health and economic consequences that can result from unsafe or adulterated foods, and emphasizes the need for improved governmental and food production and processing programs to reduce or prevent such losses. FAO heartily agrees with PAHO that such programs must involve the active participation of ministries of agriculture, health, commerce, economy and planning, as well as food producers, processors and consumers. It is clear that this is a complex task, but the potential health and economic gains that can be realized through reduction of food-borne illnesses and protection of international and domestic trade in foods make the task worthwhile.

In 1985, FAO was pleased to be one of the co-sponsors of the Inter-American Conference on Food Protection, held here at PAHO Headquarters. The Action Plan developed by that Conference urged FAO and PAHO to increase efforts to promote food quality and safety programs in the Hemisphere, and we are working closely together to attain that goal. The background document for this agenda item enumerates the many problems that must be solved. We plan to work closely with the developed and developing countries of the Region on different aspects of this task.

One thing that we have noted in talking with and visiting different countries and trying to get things started is that there are many highly skilled people in the governmental organizations, industries and universities, all of whom are working on food problems in all countries of the Region. Better mobilization and utilization of these people should be one of the first steps in our activities to assist countries in the Region. The Governments of Canada and the United States of America, which were co-sponsors of the conference last year, and their food control agencies have continued to support international activities through the loan of experts, provision of equipment and carrying out training courses in conjunction with their counterparts in PAHO. We very much appreciate that in FAO, and we look forward to continued cooperation in that regard. At the same time, we received enthusiastic support, as we heard today, for increased national, regional and TCDC activities from the developing countries of this Region and we have been working to meet requests within the limits of available resources. There is clearly a need for increased programs in these areas. We hope that, in working with PAHO, we will be able to officially utilize available resources and find additional extrabudgetary support, so that our joint programs and

efforts will contribute to the ultimate goal of all countries to reduce or eliminate food-borne diseases and provide high quality and nutritious foods to all citizens.

The PRESIDENT: Let us then move to the reading of the proposed resolution, as well as the proposed amendment, notification of which was given by the Delegate of the United States of America. I now ask the Rapporteur to read both, please.

EL RELATOR: El proyecto de resolución dice así:

THE XXII PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Having seen the report of the Director on the Program of Food Protection and the report of the 97th Meeting of the Executive Committee;

Noting that this Program and its associated Plan of Action were designed and developed in compliance with Resolution XVI of the XXXI Meeting of the Directing Council of PAHO, held in 1985; and

Aware that well designed and executed food protection programs are imperative in the countries of the Region for the provision of foods that are safe and of good quality, thereby protecting the health of their populations, avoiding considerable food losses, and mitigating the severe economic consequences of the rejection of foods that are exported, all of which work greatly against the economic development and well-being of the countries,

RESOLVES:

1. To urge the Member Countries:
  - a) To give higher priority to the establishment or strengthening of national food protection programs;
  - b) To increase the intersectoral coordination of national food protection activities;
  - c) To increase the resources allocated to the development of national food protection programs;
  - d) To increase cooperation with other countries in the Region in aspects in which they are most advanced;
  - e) To support the efforts that PAHO may undertake with international financing agencies, multilateral and bilateral cooperation agencies, and industrial firms, for the purpose of augmenting the resources available for technical cooperation in food protection activities with the countries in the Region.

## 2. To request the Director:

- a) To continue supporting food protection and safety activities;
- b) To arrange for financial support from the international financing agencies and the multilateral and bilateral agencies, and with the private sector, for increased technical cooperation with the countries in food protection.

## LA XXII CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Visto el informe del Director sobre el Programa de Protección de Alimentos y el informe de la 97a Reunión del Comité Ejecutivo;

Reconociendo que dicho Programa con su correspondiente Plan de Acción se preparó e inició, en cumplimiento de la Resolución XVI de la XXXI Reunión del Consejo Directivo de la OPS realizada en 1985, y

Consciente que programas de protección de alimentos bien organizados y ejecutados son un imperativo en los países de la Región para obtener alimentos inocuos y de buena calidad y así proteger la salud de sus poblaciones; evitar considerables pérdidas de alimentos y disminuir las graves consecuencias económicas que derivan de ellas y del rechazo de los alimentos que se exportan; todo lo cual afecta notablemente el desarrollo y bienestar económico de los países;

## RESUELVE:

## 1. Instar a los Países Miembros a que:

- a) Concedan mayor prioridad al establecimiento o fortalecimiento de programas nacionales de protección de alimentos;
- b) Incrementen la coordinación intersectorial de las actividades nacionales de protección de alimentos;
- c) Asignen mayores recursos al desarrollo de los programas nacionales de protección de alimentos;
- d) Aumenten su colaboración con otros países de la Región, en aquellos aspectos en que estén más adelantados;
- e) Respalden los esfuerzos que emprenda la OPS ante organismos de financiamiento internacional, agencias de cooperación multilateral o bilateral y empresas industriales, con el fin de incrementar los recursos disponibles para las actividades de cooperación técnica de protección de alimentos con los países de la Región.

2. Pedir al Director que:

- a) Continúe apoyando las actividades de protección e inocuidad de alimentos;
- b) Gestione el apoyo financiero de las agencias de financiamiento internacional, agencias de cooperación multilateral y bilateral, y el sector privado para incrementar la cooperación técnica con los países en cuanto a protección de alimentos.

Existe una propuesta de enmienda (PR/10), propuesta por la Delegación de los Estados Unidos de América, al proyecto de resolución que figura en el Documento CSP22/26.

Al comienzo del inciso b) del párrafo 2 de la parte dispositiva, suprimase la palabra "Gestione" y sustitúyase por "Recabe y coordine".

De tal modo, el inciso b) del párrafo 2 quedaría, según esa propuesta, redactado de la siguiente manera: "Recabe y coordine el apoyo financiero de las agencias de financiamiento internacional, agencias de cooperación multilateral y bilateral, y el sector privado para incrementar la cooperación técnica con los países en cuanto a protección de alimentos".

The PRESIDENT: The amendment proposed by the United States of America is to take out the words "arranged for" and replace them by the words indicated. The Delegate of Chile.

Dr. BORGÑO (Chile): Gracias, señor Presidente. Nuestra Delegación quiere proponer una enmienda a la resolución. En la parte operativa, en el punto 1 que se refiere a lo que se pide a los Países Miembros, agregar una letra f) que diga lo siguiente: "Fortalezcan los esfuerzos destinados a contar con la legislación y reglamentaciones necesarias para la adecuada implementación de los programas nacionales de control". Si es necesario, lo tengo escrito, y se lo puedo pasar a la mesa.

The PRESIDENT: That would be helpful. I would suggest to the Delegates that that amendment could stand by itself. We will complete the amendment that the United States of America has proposed and I will then come to the amendment that Chile has proposed. We are then discussing the amendment proposed by the United States of America. Are there any objections to the amendment? The Director, please.

Dr. GUERRA DE MACEDO (Director): Señor Presidente. Yo quería solo decir que la traducción del original inglés de esta enmienda no significa la misma cosa. En inglés está escrito "To continue coordination with and seek...", y eso no está traducido bien al español,

que dice "Recabe y coordine..."; son dos cosas diferentes. Entonces, sin ser especialista en ninguno de los dos idiomas yo creo que la traducción correcta al español podría ser, "Continúe la coordinación con" y "busque el apoyo", o "procure el apoyo...". Solo para clarificar ese aspecto.

The PRESIDENT: Thank you, Dr. Macedo. If you are not an expert on those two languages, I am not even going to pretend to discuss it from my point of view. Would this be satisfactory: for preservation of time, that we use the English document and that both it and the Spanish translation conform with whatever the decision is? If that is acceptable, I will proceed in that way. Any further comments on the amendment? There being no further comments, the amendment is approved. May I then take the amendment proposed by the Delegate of Chile. Mr. Rapporteur, would you be so kind as to read the amendment for the Delegates, please.

El RELATOR: La enmienda propuesta por la Delegación de Chile, que iría con la letra f), diría así: "Fortalezcan los esfuerzos destinados a contar con la legislación y reglamentaciones necesarias para la adecuada implementación de los programas nacionales de control".

The PRESIDENT: Thank you. I invite consideration of the amendment proposed by the Delegate of Chile. Any objections to the amendment? There being no objections registered, the amendment is approved.

We will then move to the amended resolution. Is the amended resolution approved? Are there any objections to the amended resolution? There being none registered, the amended resolution is approved. May I, on your behalf, thank Dr. Mário Fernandes for the report and for being present.

Decision: The proposed resolution, as amended, was unanimously adopted.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución así enmendado.

ITEM 4.1: REPORT OF THE AWARD COMMITTEE OF THE PAHO AWARD FOR ADMINISTRATION, 1986

TEMA 4.1: INFORME DEL JURADO DEL PREMIO OPS EN ADMINISTRACION, 1986

The PRESIDENT: Delegates, I direct your attention to Document CSP22/15 and request Dr. Gay, representing the Executive Committee, to make the report at this time.

Dr. GAY (Chairman of the Executive Committee): This should be one of the shortest items on the agenda. The Award Committee of the PAHO Award for Administration, consisting of Mrs. Janice Hopkins (Canada), Miss Jennifer Astaphan (Dominica) and Dr. Manuel Quijano (Mexico), met on



24 June and presented its report to the eighth plenary session. Argentina presented one candidate; Colombia, one; Guatemala, three; and Venezuela, one. The Award Committee concluded that on the basis of the information supplied, the Award could not be given to any of the six candidates. Accordingly, it proposed a resolution which was adopted as Resolution XIII, in which the Executive Committee took note of the decision of the Award Committee to declare void the PAHO Award for Administration, 1986.

The PRESIDENT: This report is for information only. We do not have to take a decision on this matter. I thank Dr. Gay and the Committee for the report and the work done.

ITEM 4.2: REPORT OF THE ADVISORY COMMITTEE ON HEALTH RESEARCH  
TEMA 4.2: INFORME DEL COMITE ASESOR DE INVESTIGACIONES EN SALUD

The PRESIDENT: Item 4.2, Report of the PAHO Advisory Committee on Health Research. You will find the information in Document CSP22/29. Could I invite Dr. Soberón, Minister of Health of Mexico, to join us at the table here. I would ask the Minister of Health of Mexico to make his report at this time.

Dr. SOBERON (México): Señor Presidente, el Comité Asesor de Investigaciones en Salud se reunió del 21 al 25 de abril de 1986 aquí en la Sede de la Organización Panamericana de la Salud. Me interesa hacer notar que esa reunión correspondió al XXV aniversario del establecimiento del Comité. Al destacar a ustedes lo que aconteció en esa reunión, quisiera primero decir que hay varios elementos que han encauzado el trabajo del Comité en los últimos años, de hecho, consecutivos a una exhortación que hiciera el Dr. Carlyle Guerra de Macedo en la Reunión del Comité en México, en 1983, reiterada y ampliada en la reunión del Comité en la Habana en 1984. De la exhortación del Dr. Guerra de Macedo puedo destacar las siguientes cuestiones: que el trabajo del Comité se traduzca en un instrumento efectivo para la promoción de la salud de la Región; que se preocupe por el desarrollo de la investigación en países que han mostrado rezago en esta actividad; que la investigación pueda servir como un vehículo importante de cooperación a nivel nacional e internacional, con los organismos involucrados en la Región, y que la búsqueda de los conocimientos que proporciona la investigación sirva para aportar soluciones a los problemas de salud de nuestros países. Asimismo, que se tome como referencia el compromiso de salud para todos en el año 2000 y que, en épocas de apremio económico, como la que actualmente vivimos, exista un mayor esfuerzo para la racionalización de los recursos disponibles, mediante formas creativas e innovadoras que el Comité pueda proporcionar.

Resultado de esta exhortación ha sido el hecho de una reestructuración interna en la Organización Panamericana de la Salud, donde se creó un Comité Interno para este fin. Luego hubo un

reforzamiento de la Oficina de Coordinación de las Investigaciones en Salud. Y el propio Comité, mediante un grupo establecido y que trabajó en México en 1985, propuso una redefinición de su estructura, de sus criterios para su renovación y la manera como tiene que coadyuvar a la definición de políticas en salud y para la gran función de igualación de la investigación, tanto de los programas como de los centros de la Organización, propuestas que fueron en su tiempo sometidas a la consideración del Director.

En la reunión de Washington de abril de este año se discutieron principalmente cinco tópicos: el primero de ellos se refiere a la organización y administración de la investigación de la Organización Panamericana de la Salud. Entre las cuestiones principales, no me voy a referir a todas, está el que la evaluación del programa de subsidios pueda ser cada dos años. Es importante decir que, hasta ahora, la mayor parte de los proyectos que se han sometido en este capítulo de subsidios han sido por iniciativa personal de los investigadores, más que por una inducción constitucional de acuerdo con los problemas de salud. Se tomó nota de que el Comité Interno revisó 93 proyectos, de los cuales aprobó 67 y rechazó 16, y 68 de ellos, por decisión del Director, fueron de hecho ya subvencionados con una erogación de aproximadamente de US\$1 millón o un poco menos. Otros \$200.000 fueron destinados a desarrollo tecnológico. Asimismo, tomó nota de que, para los programas regionales se gastan aproximadamente \$6,5 millones, de los cuales el 17% va destinado al trabajo de los centros de la Organización Panamericana de la Salud. El número de propuestas que se reciben en la Organización ha aumentado seis veces desde los años 40 a los 80.

Respecto al segundo tópico, otra sesión fue destinada a revisar la estructura de investigación y los organismos que intervienen para impulsar las investigaciones en salud en el Canadá y en los Estados Unidos de América. Se tomó nota del papel que tiene el Medical Research Council del Canadá, que aproximadamente interviene en subvencionar el 50% de los proyectos; el National Health for Research Development Program, el 7%; organismos privados, el 24%; los gobiernos provinciales, el 27%, y organismos internacionales, el 2%. También tuvimos ocasión de ver la forma en que el Canadá interviene en investigaciones en relación con la atención primaria de la salud.

Sobre la investigación en los Estados Unidos de América, tuvimos una sesión de trabajo en los Institutos Nacionales de Salud en Bethesda, donde se ha visto el gran impulso que estos organismos han significado para el desarrollo de la investigación, no solamente en los Estados Unidos sino en el mundo entero. De hecho, gastan \$5,6 millones, el 80% para el programa extramuros, y esto sirve para iniciar investigadores jóvenes, aproximadamente 90.000 en el último año. El 20% de esta cantidad se dedica a programas intramuros. Tuvimos ocasión de ver los programas sobre nuevas vacunas; la metodología que se usa, tanto para enfermedades tropicales como para el síndrome de inmunodeficiencia adquirida; programas en relación con la investigación materno-infantil,

enfermedades crónicas degenerativas, de la conducta y, de manera importante, también se hacen esfuerzos para impulsar la instrumentación en el área de la salud.

El tercer punto del Comité se refirió a la investigación de los programas de cooperación técnica subregional, y no me voy a detener aquí, porque ha sido tratado en esta Conferencia, fundamentalmente en lo que se refiere a Centroamérica, el Caribe y el Grupo Andino. Tomamos nota para que los esfuerzos de investigación vayan dirigidos a la aplicación de los programas en estas subregiones.

El cuarto punto se refiere a cómo el Comité puede establecer contactos con organizaciones de ciencia y tecnología de salud en los países de la Región, y aquí nos detuvimos a identificar la gran contribución que hacen las universidades en nuestros países para la investigación en salud, ya que en ellas se desarrolla el 63% de las investigaciones; en otras instituciones públicas, el 32%. Sin embargo, también pudimos apreciar que en estas universidades existe mayor interés académico por temas biomédicos más que de salud pública, y es importante tener alguna influencia para que las universidades puedan coadyuvar más en los problemas de salud de los países, particularmente en lo que atañe a su participación en un enfoque interdisciplinario, lo cual pueden hacer por la variedad de departamentos que existen en esas instituciones.

Se tomó nota también de la necesidad existente de que el Comité pueda interaccionar con los organismos nacionales responsables de la definición de políticas de investigación, de modo que pueda hacerse un diagnóstico de la situación a nivel institucional, a nivel de país y a nivel regional. Y revisamos en extenso un documento elaborado por un grupo de expertos de distintos países que se reunió en Harper's Ferry, a fin de tener una referencia de cómo proceder a la identificación de prioridades de investigación en el área de la salud. El Grupo de Trabajo se refiere a la identificación de proyectos en el campo de la biología, la genética, el comportamiento de salud, el ambiente y también la investigación en servicios de salud. El interés sobre este documento fue que, en respuesta a otro generado un año antes por la Organización Mundial de la Salud, se decidió entonces que hubiese un estudio más a fondo y que los miembros del Comité expresáramos a la Secretaría nuestros puntos de vista sobre él en un plazo que no pasaría de siete días. Esto se ha cumplido. La Dra. María Leite Ribeiro me dice que las opiniones son favorables a la propuesta que allí se hace.

En la reunión ejecutiva tomamos nota del esfuerzo de investigación a nivel mundial, con la información que nos proporcionó el Comité Consultivo de Investigaciones Sanitarias de la Organización Mundial de la Salud y se decidió entonces que la siguiente reunión del Comité se lleve a efecto en Río de Janeiro del 13 al 17 de abril del año próximo. Se hacen diferentes recomendaciones al Director, fundamentalmente que sigan el esquema de prioridades y procedimientos administrativos ya iniciados el año pasado, y que se establezca de manera más precisa una metodología

de evaluación y difusión de proyectos y de los trabajos realizados en los programas regionales y en los centros. Se pidió al Director la posibilidad de transferir recursos para la implantación de un nuevo programa de subsidios que auxilien a los investigadores de los países en la difícil situación existente, tomando en consideración el mérito de cada proyecto, los méritos científicos de los investigadores que los proponen, y que también recoja las posibilidades de un enfoque multicéntrico, es decir, que participen investigadores de distintos países.

Asimismo, se recomendó que se impulsara el apoyo a la instrumentación sobre la base del desarrollo de organismos, como el Centro de Desarrollo de Aplicaciones Tecnológicas, implantado en México hace dos años.

Y por último, un caso que debo referir porque llamó la atención del Comité, es la preocupación que causó el hecho de que no pudo asistir a la reunión la Dra. Alina Llop, dado que se le negó la visa de entrada al país. El Dr. Frederick C. Robbins, Presidente del Comité, se refirió ampliamente a una comunicación que él envió al señor Director, expresando esta preocupación, quien seguramente estará en situación de informarnos sobre lo sucedido. Esto es todo, señor Presidente.

The PRESIDENT: Thank you, Dr. Soberón, for a most comprehensive report, we appreciate that. Comments on the report please. The United States of America.

Dr. WALLACE (United States of America): The United States Delegation would like to thank the Secretariat for this comprehensive report and congratulate the Advisory Committee on Health Research on its twenty-fifth birthday. The Advisory Committee has not only endured during these 25 years; it has become a more and more useful tool in its advisory capacity to the Director of the Organization. It is also clear, Mr. President, that the PAHO staff has put considerable effort into informing the Committee of significant program activities and providing it with the necessary background documentation to facilitate its work.

We noted with interest the recommendations of the Committee and have some questions for the Director. I will refer to the recommendations as they appear in the executive summary as reference. Our questions relate to recommendations 2, 3, and 4 on page 2 of the summary. These three recommendations relate to what appears to be a new approach to selecting and funding research activities through the Organization. Could the Director enlighten us as to the reasons the Committee feels that this new framework is necessary, and give us his views on these recommendations? Also, how would such a new research grant program interrelate with that already ongoing within the PAHO technical program structure? What are the financial implications of these proposals at a time of limited resources? How would grants of up to US\$10,000 (certainly a small amount in research terms) complement

financing of research in the basic medical sciences and in clinical research? My Delegation would appreciate hearing the Director's views on these points.

Another issue of major importance to the Member Countries of the Region is dissemination of research findings. The Organization's potential in addressing this need among the research community is far greater than that recommended by the ACHR. The report of the Committee emphasizes the important role of the research coordination unit: given the cross-cutting nature of research throughout the technical programs of PAHO, a focal point for coordination is indeed a necessary element to successful implementation. The support of the Office of the Director to the coordination unit is basic to the effectiveness of that unit.

We believe that another major way in which PAHO can assist countries in strengthening their research capabilities is through promoting technical cooperation among countries. My Delegation was pleased to see that the Advisory Committee recognized this point, but it would be extremely useful if the Advisory Committee might focus on this mechanism even more carefully and perhaps make some specific recommendations as to how technical cooperation among countries could be used most effectively for strengthening research.

My Delegation was also pleased with the Committee's recognition of and the attention to the area of maintenance and repair of biomedical equipment. This is so basic to good research and a major area of cost to the research program if not provided for adequately. For this reason, the Committee's recommendations concerning the training of personnel in this area at centers such as the one in Mexico operating under PAHO's sponsorship is very important and most worthy of attention.

The report before us is so full of information and points of interest that it is impossible to address it completely in the time we have for this subject.

I would like to note, however, an item mentioned on page 69 of the report. This is the evaluation of the research component of PAHO/WHO's technical programs. It states that "if the proposed evaluation scheme were approved by the Director, work would begin in July 1986." Has this evaluation been approved? And, if so, could we hear a little about it and who has been selected to perform it?

With that, Mr. President, I will complete my remarks with another expression of appreciation to the Secretariat for the report.

The PRESIDENT: We will take note of those comments. There might be others and we will ask Dr. Soberón to address them at the end of the discussion. I recognize the Delegate of Trinidad and Tobago.

Dr. SEALEY (Trinidad and Tobago): The Delegation of Trinidad and Tobago would like to thank the Secretariat for its full report on the activities of the Advisory Committee on Health Research. It was unfortunate, however, that we did not receive this document before our departure for the Conference, so that our analysis is limited to the activities that we are aware of. Trinidad and Tobago, Mr. President, places importance on the development of research activities in support of our efforts in health systems development. We were extremely pleased to collaborate with the Pan American Health Organization in hosting a Regional Workshop on Health Services Research in April this year. This, Mr. President, was an example of the response by PAHO to a need identified by the Caribbean countries in 1984 at a seminar on planning for health systems development.

Perhaps more important than the formal evaluation of this pilot workshop being finalized is the feedback that we have already received. Already, three of the proposals developed by the participants have been initiated. Research, Mr. President, has to be tied in with the developmental needs of a country. For too long research, particularly in our subregion, has depended on initiatives of individual researchers. Toward this end, Trinidad and Tobago has now established a National Health Research Committee to coordinate national and international research efforts in Trinidad and Tobago and, more importantly, to set priority areas and stimulate research in those areas.

On that committee, there is a representative of the subregional institute, the Commonwealth Caribbean Medical Research Committee. The Delegation of Trinidad and Tobago feels that it is important to draw on the long experience of this institution in research in the subregion. Therefore, Mr. President, Trinidad and Tobago strongly supports the recommendation to the Director that greater collaboration be promoted between PAHO and the CCMRC. We think that the expansion of the Advisory Committee on Health Research with a representative from the Caribbean scientific community would go a long way to strengthen these ties.

Trinidad and Tobago would like to suggest that the Pan American Health Organization urgently disseminate information, both to the Ministries of Health and research institutions of Member Countries, on the new mechanisms that are being developed for research administration within the Organization and to identify the priority areas that have been set. We urge PAHO to continue its thrust to strengthen the capability, at the national level, for research administration and development.

Finally, the Delegation of Trinidad and Tobago would like to congratulate the Director on his direction on this important aspect of our efforts towards our goal of improved health through the application of appropriate systems and technologies in addressing priority problems.

The PRESIDENT: The Chair recognizes the Delegate of Cuba.

Dr. MENCHACA (Cuba): Muchas gracias, señor Presidente. El Documento CSP22/99 reseña los resultados de la reunión de este Comité, celebrada en la Sede de la OPS en abril pasado, y enfatiza la importancia de su trabajo de este Comité. Como expresara el señor Director en su discurso de bienvenida a los participantes, dicha reunión tenía un especial significado, ya que el Comité estaba celebrando el XXV aniversario de su fundación y de sus reuniones anuales. Esta feliz circunstancia hace aún más lamentable un hecho a que hace referencia el documento en el 3er párrafo de la página 2 (versión española) y que merece un detenido análisis. El informe reza de la siguiente manera: "Finalmente, el Director lamentó la ausencia de la Dra. Alina Llop a la reunión del Comité Asesor de Investigaciones en Salud, quien no pudo asistir debido a que la visa de ingreso a los Estados Unidos de América no le fue concedida". (Fin de cita).

Señor Presidente, señores Delegados, este hecho no es un fenómeno aislado, sino que se inscribe en una política cuidadosamente elaborada por el Gobierno de los Estados Unidos de América, encaminada a agredir y bloquear a nuestro país también en el campo de la salud. En el contexto de esa torpe política, se han negado visas para expertos cubanos que participarían en reuniones técnicas organizadas por la OPS. Se han negado visas para becarios cubanos de la OPS, así como a especialistas cubanos invitados a eventos internacionales en territorio de los Estados Unidos, Puerto Rico y Hawaii. La asistencia de especialistas cubanos a actividades de la OPS fue obstaculizada en 1985 en los siguientes casos: el Dr. Moisés Hernández, asesor temporero que debía participar en una reunión sobre nutrición del anciano en el mes de abril; en el mes de mayo los Dres. Angel Polanco, José Rivas y Armando Pardo, como becarios para entrenamiento en transplantes; el ingeniero Ramón Darías, Presidente del Comité Coordinador Regional del Codex Alimentarius para América Latina y el Caribe, invitado a presidir una sesión de la Conferencia Interamericana de Protección de Alimentos, auspiciada por la OPS y la Academia de Ciencias de los Estados Unidos. Los Dres. Vicente Osorio y Raul Riverón, asesores temporeros que debían participar en diciembre en reuniones organizadas en la Sede de la Organización sobre información científico-técnica y enfermedades diarreicas. En este año se impidió la participación de la Dra. Alina Llop, miembro del CAIS, así como la del Dr. Rodolfo Rodríguez, a quien se imposibilitó participar en la reunión del Grupo Asesor sobre el Control de Lepra de nuestra Organización. En mayo fue denegada la visa a la Dra. Luisa Guerra, becaria de la OPS para entrenamiento en oftalmología. Esta propia semana, fue denegada la visa al Dr. Ramón Granados Torano, aprobado como becario del Curso de Salud Internacional de la OPS.

Esta hostil política contra Cuba se ha recrudecido, desde el año 1985, en que, como se puede apreciar, se han desencadenado una serie de medidas cada vez más agresivas y desproporcionadas, con la finalidad de impedir el menor contacto de instituciones de salud y científicos norteamericanos con instituciones y profesionales cubanos. Pero lo que realmente resulta peligroso para la estabilidad de nuestra Organización

es el hecho de que el Gobierno del país donde radica la Sede utilice esta coyuntura como arma política para obstaculizar la participación de especialistas de un País Miembro con plenos derechos, en actividades propias de la OPS/OMS.

Nuestra Delegación considera un deber insoslayable el que evitemos que consideraciones políticas de un Estado Miembro, por poderoso que este sea, obstaculice la buena marcha del trabajo de la Organización y creen un clima de discordia en el seno de la misma.

Señor Presidente, señores delegados, mi Delegación solicita al señor Director que tome las medidas oportunas para garantizar la plena participación de especialistas de todos y cada uno de nuestros países en las actividades de la Organización que se lleven a cabo en el territorio de los Estados Unidos de América, acorde con la práctica habitual y el normal desenvolvimiento del sistema de las Naciones Unidas. Mi Delegación demanda con idéntica firmeza que se considere seriamente la conveniencia de efectuar dichas actividades en otros países que sí garanticen la participación de todos, sin ningún tipo de discriminación. Muchas gracias, Sr. Presidente.

The PRESIDENT: Thank you. I will ask the Director to respond at this time.

Dr. GUERRA DE MACEDO (Director): Gracias, señor Presidente. Vamos a empezar por los asuntos menos complejos. En las preguntas hechas por el señor Delegado de los Estados Unidos de América, la recomendación 3, sobre la creación de un nuevo mecanismo o un nuevo programa de subsidios de investigación, en el caso de que este sea introducido y organizado, evidentemente tendrá costos financieros que no estamos en condiciones de prever o estimar, pero que tendrían que ser limitados. Sin embargo, el mismo Comité recomienda que el financiamiento para este programa provenga de fuera del presupuesto ordinario de la OPS. Es decir, el Comité no sugiere que se cree un programa para ser financiado con los recursos regulares de la Organización, sino un programa que considera importante, y que la Organización intente conseguir el financiamiento fuera del presupuesto ordinario.

El esquema de evaluación sugerido por el Comité no ha sido aprobado en todo por la Dirección, sobre todo porque creemos que el tiempo, extraordinariamente valioso, que los señores miembros del Comité han decidido ceder gratis a la Organización, debe ser utilizado de la forma más productiva posible para el desarrollo del Programa y las actividades de investigación en la Región de las Américas. Lo que pensamos aquí es que la parte principal de ese tiempo debe ser utilizada para establecer relaciones de cooperación entre los países y entre las instituciones de investigación, el trabajo de promoción, de fortalecimiento, de apoyo a esas actividades, y relativamente menos para el esfuerzo de evaluación, sobre todo en relación a aquellas actividades que pueden ser conducidas por otras personas con que la Organización



pueda contar, quedando para los señores miembros del Comité solo los aspectos más globales, más significativos. Y en eso estamos ahora: definir un esquema para poder utilizar mejor el tiempo que los señores Miembros del Comité puedan dar a la Organización. De cualquier manera, ya hemos empezado el proceso de evaluación y estamos recogiendo información a través de la Coordinación de Investigaciones, y en algún momento el Comité intervendrá en el análisis final de los datos que se recaben.

Por último, señor Presidente, es lamentable el hecho observado por el Dr. Soberón, como Vicepresidente del Comité y referido por el señor Delegado de Cuba, en relación con la no concesión de visa a la Dra. Alina Llop, miembro del Comité, lo que imposibilitó su participación en la reunión. El Presidente del Comité nos dirigió una carta y también dirigió otra carta al Departamento de Estado, protestando por este hecho. Teniendo en cuenta otros casos, nosotros, de acuerdo con las normas diplomáticas, dirigimos una comunicación al señor Secretario de Estado de los Estados Unidos de América que, después de algunas consideraciones de orden jurídico, legal, concluye con el siguiente párrafo, que me tomo la libertad de informar a la Conferencia:

"I hereby respectfully request that you take whatever actions may be necessary to ensure that all full-time PAHO employees, temporary advisors, short-term consultants and personal service contractors, delegates to Governing Body meetings, participants in all official functions, including technical or scientific advisory groups, or specialized conferences, as well as recipients of fellowships or research grants, whose presence will be required in the United States on official business of the Organization, be issued the requisite visas and other documentation on a timely basis, regardless of nationality, in keeping with the traditional support of the United States to international organizations and in accordance with international agreements as a Host Country and respected Member Country of a public international organization."

Se realizaron varias reuniones con el personal del Departamento de Estado para resolver el problema relacionado con la Proclamación Presidencial de octubre de 1985 que restringe la entrada de funcionarios del Gobierno de Cuba a los Estados Unidos de América y que no había previsto la excepción necesaria para el caso de las actividades de la Organización Panamericana de la Salud. Creo que la respuesta o la solución encontrada por el Departamento de Estado atiende a la responsabilidad del país para con la Organización. Sin leer la carta recibida que oficialmente reitera esos compromisos y lamenta los casos ocurridos anteriormente, dice en resumen, como se indica en uno de los párrafos:

"Taking into account section 7 (a) of the IOIA as well as our interest in the continued efficient functioning of PAHO, we wish to inform you that as a general rule, the Department of State will

favorably consider exempting from Proclamation 5377 persons who are accredited representatives of the Cuban Government in or to PAHO, Cuban employees of PAHO and their families, and Cuban expert advisors (and participants in PAHO-sponsored functions, meetings or conferences) who will be in the United States...."

Es nuestro deseo que, con esta solución, los casos que lamentablemente ocurrieron durante el final de 1985 y 1986 no vuelvan a ocurrir otra vez. En cuanto al último caso mencionado por el señor Delegado de Cuba, todavía no es de nuestro conocimiento que se haya negado la visa solicitada; trátase de un cubano seleccionado para participar en el programa de residencia de salud internacional de la OPS y, si así es, tomaremos las medidas necesarias con el Departamento de Estado para corregir lo que consideramos un error. Sin embargo, el Departamento de Estado también nos informa que las becas para el adiestramiento de nacionales cubanos, es decir las actividades de adiestramiento de funcionarios cubanos en los Estados Unidos, no se eximen de la aplicación de la Proclamación Presidencial, a pesar de nuestra solicitud de que así sea. Se podrán examinar casos muy excepcionales que la Organización deberá justificar, pero que dependerán de aprobación específica. El texto literal dice:

"It should be noted that the United States will not grant entry visas to Cubans seeking admission to the United States for training under PAHO auspices."

En este momento lo que puedo informar al Consejo es que todas las actividades oficiales de la Organización en las que haya participantes de cualquier país miembro o no miembro de la Organización están cubiertos por este compromiso de que las visas y cualquier otra documentación necesaria serán concedidas. No hemos conseguido, sin embargo, que se haga la excepción para nuestro programa de becas o actividades de adiestramiento. Esta es la información que quería y que puedo dar, señor Presidente.

The PRESIDENT: Thank you, Mr. Director, for the explanation. The Delegate of Cuba has been asked to be recognized again. I will do that on this condition: I believe these issues are best worked out at the official level after the matter has been noted both by the Chairman of the Committee and by the Delegation of Cuba, and answered by the Director. So I will recognize Cuba for a short intervention but I do not intend to have the matter carried on for a long debate, because I do believe that for the benefit of the Organization, there are better channels for dealing with it than on the floor after having noted it. The Delegate of Cuba.

Dr. MENCHACA (Cuba): Muchas gracias, señor Presidente. Vamos a ser breves, pero sí queremos empezar no estando de acuerdo con sus últimas palabras. Nosotros creemos que este es el lugar adecuado y el momento adecuado para hacer esta aclaración.

No nos vamos a referir, no vamos a reiterar lo referente al problema sucedido con las becas, las solicitudes de visas, a pesar de que todos los fundamentos jurídicos respaldan el hecho de que los Países Miembros de la Organización sean respetuosos de la Constitución y de los Reglamentos de la OMS y la OPS, los cuales establecen claramente que el grado máximo de salud que se puede lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política, o condición económica o social, y que la extensión a todos los pueblos de los beneficios de los conocimientos médicos, psicológicos y afines es esencial para alcanzar el más alto grado de salud.

La promoción y coordinación de los esfuerzos entre los países del Hemisferio para combatir las enfermedades, prolongar la vida y estimular el mejoramiento físico y mental de sus habitantes son también propósitos fundamentales de nuestra Organización, como postula su texto constitucional, y no voy a ofender la inteligencia de los señores Delegados para recordarlo. Sencillamente, quería traerlo a colación.

Tampoco vamos a referirnos a situaciones que han estado ocurriendo, año tras año, de demoras en el otorgamiento de visas a los integrantes de las delegaciones que asisten a esta reunión. Ni tampoco nos vamos a referir a las negativas de visa, a invitaciones formuladas por el señor James Carter, ex-Presidente de los Estados Unidos de América, a nuestro Ministro y a una delegación para venir a participar en un evento de salud. No nos vamos a referir al hecho ocurrido a raíz de la invitación del señor Secretario de Salud de Puerto Rico, formulada también a nuestro Ministro de Salud para participar en un evento de atención primaria en dicha isla, en cuya ocasión también fue denegada la visa. No nos vamos a referir al hecho de que, para asistir a diversos congresos internacionales científicos, como el congreso de pediatría celebrado en Hawaii, y el congreso de cardiología celebrado recientemente, hayan sido negadas las visas a los Delegados cubanos. No nos vamos a referir a esto, y no vamos a hacer énfasis en esto. Sí queremos, para información de la Secretaría y de los señores Delegados, dejar bien sentado que hemos recibido, encontrándonos aquí, un telex de nuestro país, de nuestro Ministerio, en el cual se nos traslada la información dada por la Sección de Intereses de los Estados Unidos en La Habana, denegando la visa al Dr. Ramón Granados Toral, becario que había sido aprobado por la Organización, y que esta denegación de visa, estamos seguros ha sido a posteriori de esta conversación y estas cartas cursadas entre la Secretaría y el Departamento del Estado.

Reiteramos nuestra preocupación, y creemos que este es un problema de principio para la Organización y como tal lo planteamos. Con igual calor y firmeza lo plantearíamos independientemente del país que fuera el que estuviera en esta situación. Y no lo hacemos porque estemos afectados personalmente, sino porque entendemos que es un problema de principio para la Organización el que se vele por la participación de todos y cada uno de los Países Miembros y no miembros, observadores

incluso, en estas reuniones. Si nuestra Secretaría, si nuestra Organización es incapaz de garantizar esto, yo creo que se debe considerar seriamente el que, en el futuro, todo tipo de actividades se realicen en un país que garantice el pleno derecho a que todos estamos obligados. Muchas gracias, señor Presidente.

The PRESIDENT: Thank you. We have made note of those comments and so has the Director. There being no others indicating their wish to speak, let me, on your behalf.... Excuse me, the United States of America has indicated a desire to reply.

Mr. BOYER (United States of America): Thank you, Mr. President. I would just like to make a few comments on the debate we have been having. It seems to me that it will surprise no one to be told that there are political differences between the United States and Cuba, and that sometimes these political differences spill over into a forum where they probably do not belong. It does seem to me that there has been excessive belaboring of this issue here. Also it has struck me as somewhat excessive that there were six different references to this issue in the document distributed for this Meeting. It seems to me that one reference to the issue would have been enough. Also, it seems to be not quite appropriate that the response of the United States to the letter from Dr. Macedo was omitted from the document, because I think we could have been spared the debate here if the full response had been included.

Nevertheless, let me just note the high points of the United States policy. As a factor of the political differences between the two countries, as the Director has just told us, the President of the United States issued a specific proclamation on 4 October 1985, suspending travel to the United States by all persons and employees of the Cuban Government, with certain very limited exceptions. Under the authority to make exceptions to the policy, the United States Government, taking into account its role as host country to the Pan American Health Organization, has developed some specific exemptions to the blanket suspension of visas for Cuban officials. One of the exceptions relates to Cuban Delegates to meetings of the Pan American Health Organization. These people are permitted to enter the United States. That exception is the reason the Cuban Delegation is here today. This exception does not extend to Cubans seeking to attend private sector health-related meetings in the United States, only to intergovernmental organization meetings such as those of PAHO. I would note that most of the cases listed by the Cuban Delegate in his two interventions concern meetings that were not sponsored by an international intergovernmental organization.

Another exception to the policy relates to experts and technical advisors. This is a policy that was being formulated at the time of the meeting of the Advisory Committee on Health Research at the end of April of this year. Because the policy was still being developed and was not settled, and because the President's proclamation was in effect, the visa was not issued to the Cuban member of the Committee in time for

attendance at the beginning of the meeting. In fact, the visa was approved for Dr. Llop at a late stage of the meeting, but the Cuban member chose not to attend.

The United States expects to continue generally to issue visas to Cuban expert advisers participating in PAHO Meetings, as the Director said. Individual instances could still arise in which a particular visa applicant might be denied entry into the United States under the authority of the President's proclamation. We hope that such cases will be rare, as they have been in the past. The United States policy, as the Director noted, is to deny visa applications to Cubans who seek to study in the United States on PAHO fellowships or training grants. While we are very flattered that Cuban officials wish to study at United States institutions, we believe that PAHO goals in the awarding of fellowships can be accomplished just as well by having Cuban officials study in other countries.

Mr. President, we do not believe that this overall policy threatens the operation of PAHO. The United States Government believes that this is a reasonable response to the policies of the Cuban Government and the formal letter of explanation of this issue which the Director has just quoted from concludes by saying that the Government of the United States continues to support the goals and functions of the Organization, and continues to express its high regard for the Director's leadership. If the Delegates are interested, I would be pleased to make available a copy of the State Department's letter to the Director explaining this policy.

The PRESIDENT: Are there others who wish to speak? I believe that the general practice has been that, when there have been two opportunities for a country to make its point, as has been done by Cuba, and that a country is named and has had a chance to respond, the debate is terminated. I do not believe that at this forum we are going to resolve this issue, and therefore it is the Chair's decision that this debate be now concluded and any further discussion regarding this topic be handled through the Director in the appropriate way. This session stands ajourned.

The session rose at 12:45 p.m.  
Se levanta la sesión a las 12:45 p.m.

TENTH PLENARY SESSION  
DECIMA SESION PLENARIA

Friday, 26 September 1986, at 2:30 p.m.  
Viernes, 26 de septiembre de 1986, a las 2:30 p.m.

President: Mr. Jake Epp Canada  
Presidente:

ITEM 7.1: RELATIONS WITH NONGOVERNMENTAL ORGANIZATIONS AT THE REGIONAL  
AND NATIONAL LEVELS  
TEMA 7.1: RELACIONES CON LAS ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES A NIVELES  
REGIONAL Y NACIONAL

The PRESIDENT: I call this afternoon's session of the Conference to order and I would like to ask Dr. Mohs to present the report of the Executive Committee on item 7.1.

Dr. MOHS (Representante del Comité Ejecutivo): Señor Presidente, el Comité Ejecutivo aprobó las dos resoluciones que figuraban en el informe del Subcomité, sin modificación sustancial alguna. La Resolución XI confirma la continuación de las relaciones con la Asociación Latinoamericana de Industrias Farmacéuticas (ALIFAR), la Federación Latinoamericana de Hospitales, la Federación Latinoamericana de la Industria Farmacéutica (FIFARMA), la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina (FEPAFEM) y la Asociación Latinoamericana de Escuelas de Salud Pública (ALAESP), así como para suspender, por un período de tres años, las relaciones con el Consejo Interamericano de Asociaciones Psiquiátricas (CIAP). La Resolución XII autoriza el establecimiento de relaciones con la Unión Latinoamericana contra las Enfermedades de Transmisión Sexual (ULACETS). Gracias, señor Presidente.

The PRESIDENT: Thank you. I have two observers who would like to speak on the issue. In the absence of the Inter-American Commission of Women, I call on the International Council of Nurses.

Dr. HEINRICH (Observer for the International Council of Nurses): Thank you. Mr. President and distinguished Delegates. I have deeply appreciated the opportunity to share information. It has been most valuable for the International Council of Nurses (ICN). I also appreciate the opportunity to address the XXII Pan American Sanitary Conference on behalf of ICN and our President, Nelly Garson.

For those of you who do not know, ICN is a council of 97 national nurses' associations, thus forming a very strong network of health workers around the world. We enjoy an official relationship with the

World Health Organization. ICN and WHO have a history of working together to maintain congruence between global health and manpower objectives and nursing development.

There are several good examples of this working relationship. We are undertaking projects to mobilize nursing leadership for primary health care, with financial support from CETA and UNICEF. Several associations in the Pan American Region have developed projects that focus on the nurse's role in primary health care delivery and educational requirements. An example of the outcome of this is that continuing education needs have been identified for nurses working in isolated and rural areas.

The nursing associations have also identified the need to work more effectively and more closely with Governments on health policies in order to effect necessary changes in health care systems. Other areas of collaboration include programs for universal child immunization and child survival. In one country, the nurses' association is organizing a program of social mobilization to improve the health of mothers and children. We would like to do more in these high priority areas. There are also opportunities for joint action in the area of women, health and development, aging and research development.

The principles for establishing the essential working relationships between PAHO and regional and national nongovernmental organizations exist. ICN wishes to express its agreement with the resolution in section 5 of the WHO Working Principles Governing Relations with NGOs. We would also like to urge PAHO and the Member Countries to continue strengthening working relationships with ICN, the Pan American Federation of Nursing Organizations and National Nurses' Associations, not only by sharing information but by developing joint agreements for implementing strategies in support of health for all.

The PRESIDENT: I thank the Representative of the International Council of Nurses on your behalf, and I would like to call on the Representative of the Executive Committee, who has an additional report he would like to give on this issue.

Dr. MOHS (Representante del Comité Ejecutivo): Señor Presidente, procede agregar que el Comité Ejecutivo consideró las relaciones con las organizaciones no gubernamentales en los niveles regional y nacional. Al presentar este tema, el Dr. Salazar explicó que, en el Consejo Ejecutivo de la OMS y en la Asamblea Mundial de la Salud, el Director General y el Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales de la OMS prepararon unos nuevos "Principios Rectores" para el establecimiento de relaciones oficiales con las organizaciones no gubernamentales. El Consejo Ejecutivo decidió la aplicación mundial de los nuevos Principios Rectores (Decisión 8) y pidió a los Comités Regionales de la OMS que examinaran dichos principios y, si fuese necesario, los ampliaran y comunicaran sus opiniones al Consejo Ejecutivo en su 79a Sesión en enero

de 1987. En cumplimiento de esa decisión, el Director de la OSP sometió a la consideración del Comité Ejecutivo el informe del Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales de la OMS, en particular la Sección 5 del mismo, que ha de ser considerada por la Conferencia Sanitaria Panamericana en su calidad de Comité Regional de la OMS para las Américas. Dado su carácter autónomo, la OPS no juzga necesario revisar los mecanismos para el establecimiento de relaciones oficiales con organizaciones interamericanas no gubernamentales, que estableció la XX Conferencia Sanitaria Panamericana (Resolución XX) y que no plantean dificultades especiales. Este tema no suscitó debate en el Comité Ejecutivo, y el Relator preparó un proyecto de resolución que fue aprobado en la novena sesión plenaria. Se trata de la Resolución XX, por medio de la cual el Comité Ejecutivo resolvió transmitir el Documento CE97/8 a la Conferencia y recomendarle que adopte una resolución en la que exprese su conformidad con la Sección 5 de los Principios Rectores incluidos en el informe del Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales de la OMS; pide al Director de la OSP que informe a la 79a Reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS sobre la Resolución XX de la XX Conferencia Sanitaria Panamericana y sobre las organizaciones interamericanas no gubernamentales en relaciones oficiales con la OPS, que continúe estimulando la participación de esas organizaciones en la aplicación de las Estrategias de Salud para Todos en el Año 2000, y que transmita la resolución al Consejo Ejecutivo de la OMS. Gracias, señor Presidente.

The PRESIDENT: In the absence of any observations on the report, I would ask our Rapporteur to read out the proposed resolution.

El RELATOR: El proyecto de resolución dice así:

THE XXII PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Having seen Document CE97/8, "Relations with Nongovernmental Organizations at the Regional and National Levels," presented by the Director of the Pan American Sanitary Bureau;

Considering Decision 8 of the 77th Session of the Executive Board of WHO, which requests the Regional Committees of WHO to examine Section 5 of the Working Principles Governing Relations with Nongovernmental Organizations, which bears on regional and national nongovernmental organizations;

Considering that Resolution XX of the XX Pan American Sanitary Conference, "Mechanisms for the Establishment of Official Relations between PAHO and Inter-American Nongovernmental Organizations," is compatible with Section 5 of the Working Principles for Nongovernmental Organizations in official relations with WHO; and



Considering that several inter-American nongovernmental organizations, which are equivalent to regional nongovernmental organizations, have entered into official relations with PAHO and maintain working relations with it,

RESOLVES:

1. To express its agreement with the content of Section 5 of the WHO Working Principles Governing Relations with Nongovernmental Organizations contained in the Report of the Standing Committee on Nongovernmental Organizations of the Executive Board of WHO.

2. To request the Director of the PASB:

- a) To report to the 79th Session of the Executive Board of WHO on Resolution XX of the Pan American Sanitary Conference and on the inter-American nongovernmental organizations in official relations with PAHO;
- b) To continue encouraging regional and national nongovernmental organizations to participate in application of the Strategies of Health for All by the Year 2000, and to make use as appropriate of the working relations between the Organization and those nongovernmental organizations;
- c) To transmit the present resolution to the 79th Session of the Executive Board of WHO.

LA XXII CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Visto el Documento CE97/8: "Relaciones con las Organizaciones No Gubernamentales a Niveles Regional y Nacional", presentado por el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana;

Teniendo en cuenta la Decisión 8 de la 77a Reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS, que pide a los Comités Regionales de la OMS que examinen la Sección 5 de los Principios Rectores que rigen las Relaciones con Organizaciones No Gubernamentales en relaciones oficiales con la OMS, que tienen relación con las organizaciones no gubernamentales regionales y nacionales;

Considerando que la Resolución XX de la XX Conferencia Sanitaria Panamericana, "Mecanismos para el establecimiento de relaciones oficiales de la OPS con organizaciones interamericanas no gubernamentales", es compatible con lo propuesto en la Sección 5 de los Principios Rectores de Organizaciones No Gubernamentales en relaciones oficiales con la OMS, y

Teniendo en cuenta que varias organizaciones no gubernamentales interamericanas, que equivalen a organizaciones no gubernamentales regionales, han entrado en relaciones oficiales con la OPS y mantienen relaciones de trabajo,

## RESUELVE:

1. Expresar su conformidad con el contenido de la Sección 5 de los Principios Rectores que rigen las Relaciones con Organizaciones No Gubernamentales incluidos en el Informe del Comité Permanente del Consejo Ejecutivo de la OMS para Organizaciones No Gubernamentales.

2. Pedir al Director de la OSP que:

- a) Informe a la 79a Reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS en lo referente a la Resolución XX de la XX Conferencia Sanitaria Panamericana y sobre las Organizaciones Interamericanas No Gubernamentales en relaciones oficiales con la OPS;
- b) Continúe estimulando la participación de las Organizaciones No Gubernamentales Regionales y Nacionales en la aplicación de las Estrategias de Salud para Todos en el Año 2000, utilizando, si fuese el caso, las relaciones de trabajo entre la Organización y dichas organizaciones no gubernamentales;
- c) Transmita la presente resolución a la 79a Reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS.

The PRESIDENT: Comments, objections to the proposed resolution? There being none, I declare this proposed resolution adopted.

Decision: The proposed resolution was unanimously adopted.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución.

ITEM 6.3: HIRING UNDER LOCAL CONDITIONS OF EMPLOYMENT FOR THE MOBILIZATION OF NATIONAL RESOURCES

TEMA 6.3: CONTRATACION DE PERSONAL BAJO CONDICIONES LOCALES DE EMPLEO PARA LA MOVILIZACION DE RECURSOS NACIONALES

The PRESIDENT: We now move to item 6.3. The document cited is CSP22/28. Dr. Mohs is ready with one of his many reports. I will ask him to present the Executive Committee's report.

Dr. MOHS (Representante del Comité Ejecutivo): Señor Presidente, el Comité Ejecutivo consideró el tema de la contratación de personal bajo condiciones locales de empleo para la movilización de recursos nacionales. El Sr. Fuenzalida presentó una detallada exposición sobre la personalidad jurídica internacional de la Organización, y de sus consiguientes prerrogativas e inmunidades, y sobre el status especial de los funcionarios internacionales tanto profesionales como de servicios generales, sean o no de contratación local, que se rigen por lo establecido en el Estatuto

y Reglamento del Personal, y que no están sometidos a la jurisdicción de los tribunales de ningún país, sino a la del Tribunal Administrativo de la Organización Internacional del Trabajo.

Debido a los altos costos de la contratación internacional, y habiendo en muchos Países Miembros recursos humanos altamente calificados, se ha considerado necesario incrementar la contratación local. Por eso se desea normalizar la contratación bajo condiciones locales de empleo, incluyéndola en el Estatuto y Reglamento del Personal. De esa manera la OPS podría ser además empleador local de la nueva categoría de funcionarios sujetos a las normas laborales del país donde prestan servicios.

El Director señaló que no se buscaba autorización para contratar localmente ya que, constitucionalmente, tenía poder para contratar funcionarios como creyera conveniente en el cumplimiento de un programa aprobado; de hecho, ya se había recurrido a esa práctica, pero que desearía contar con la protección de una decisión de los Cuerpos Directivos relativa al personal que trabaje para la Organización fuera del régimen de las Naciones Unidas y que se definiera el régimen jurídico al cual la administración estaría subordinada en esa situación. Se trataba, además, de buscar formas nuevas de cooperación a través de la movilización de recursos existentes en los países y no tenía el menor propósito de reducir por ello la contratación internacional ni de menoscabar los intereses de los funcionarios. Señaló también, entre otras cosas, la necesidad que tienen los Centros Panamericanos de este método de contratación. En el animado debate sobre este tema, se habló de los problemas de incompatibilidad entre la sujeción de algunos empleados de la OPS a la jurisdicción del país, y el ejercicio de prerrogativas que son irrenunciables para la Organización; de las ventajas que ofrecería el nuevo sistema; de las posibilidades de sindicalización de los empleados, y de las razones que favorecerían la intervención de los Cuerpos Directivos en este asunto. Fue general, sin embargo, el apoyo a la iniciativa del Director, de compartir responsabilidades con los Cuerpos Directivos en la regulación de una situación que, de hecho, existe desde hace muchos años.

Al final del debate, el Relator dio lectura al proyecto de resolución propuesto en el documento presentado (CE97/23, Rev. 1), que fue adoptado con algunos cambios y que constituye la Resolución IX. En ella, el Comité recomienda a la Conferencia que introduzca en el Estatuto del Personal de la OPS las modificaciones propuestas, necesarias para normalizar la contratación por parte de la OPS del personal nacional bajo condiciones locales y que encargue al Director que proponga la reglamentación que estime conveniente para regular los contratos del personal nacional, sujeta a confirmación del Comité Ejecutivo, de acuerdo con el numeral 015.2 del Reglamento del Personal, e incorporarla al mismo como categoría separada. Gracias, señor Presidente.

The PRESIDENT: Thank you Dr. Mohs. Comments relating to the report on item 6.3. The distinguished Delegate of Nicaragua.

Dr. SAMPSON (Nicaragua): Gracias, señor Presidente. La Delegación de Nicaragua ha analizado con sumo interés el tema presentado acerca de la contratación del personal local por parte de la OPS. Estamos seguros de que se llegará a una decisión que estimulará y racionalizará la gestión de la Organización en los países, teniendo en cuenta la difícil situación económica que amenaza a los organismos internacionales. Quisiéramos destacar la amplitud y variedad de los análisis presentados en el informe, que nos orientan hacia una comprensión más profunda del tema. Sería muy deseable y factible, además de realista, que el paso a la contratación del personal local se convierta en un proceso gradual, porque se trata de recursos capacitados especializados de los países, y ese personal, o la cantidad de ese personal, varía de país a país. Eso nos permitiría una mayor profundización en el proceso, ya que se trata de una modificación sustancial del régimen laboral de nuestra Organización. La contratación de personal debe asimismo definirse previamente mediante regulaciones y reglamentos específicos formulados, como es lógico, por la Organización, con aprobación de los países.

Creo que este es un tema delicado que debería ser discutido plenamente en esta Conferencia, pues en la resolución propuesta no se menciona ningún reglamento o definición alguna de la función de los países en la selección de ese personal. Estamos convencidos de que la propuesta sería muy beneficiosa para los países además, de que promueve la descentralización impulsada desde el nivel central de la OPS. Por eso nosotros proponemos que se reglamente el proceso y que en la reglamentación se incluya la participación del país pertinente en la selección de ese personal. Hacemos esta propuesta teniendo en cuenta las diferencias que existen entre los países; si bien es posible que en algunos países abunden esos recursos en otros países no es así y de seguro que las condiciones laborales serán diferentes a las que pueden ofrecerles al personal muy calificado, que sí existe en nuestro país. Esos son todos nuestros comentarios acerca del tema.

The PRESIDENT: Thank you. Any comments for the record, please? The distinguished Delegate of Chile.

Dr. BORGÑO (Chile): Gracias, señor Presidente. Yo creo que este es un tema que es necesario abordar de forma muy delicada y con mucha cautela, porque el problema no es tan simple como parece.

En el Comité Ejecutivo, estuvimos de acuerdo con las propuestas del Director al respecto, pero quisiera señalar algunos aspectos que merecen especial consideración. En primer lugar, yo creo que es muy importante reglamentar la contratación, como ofreció hacer el Director en esa ocasión, y que ese Reglamento, que también se menciona en el proyecto de resolución, sea considerado por el Comité Ejecutivo y más tarde por el Consejo Directivo o la Conferencia para su evaluación.

Este Reglamento es de extraordinaria importancia, pues constituye el aspecto normativo de lo que debe ser la contratación a nivel nacional.

Pero a mí me inquietan otros aspectos del asunto, particularmente el que se refiere a los fondos disponibles para la contratación nacional. Los fondos pueden provenir del presupuesto ordinario de la OPS, ya sea a nivel de país o regional, de acuerdo con el Reglamento, el gobierno correspondiente solicite la contratación de una persona útil para un programa determinado, o de fondos extrapresupuestarios para proyectos determinados, como es el caso del PAI o del programa de control de enfermedades diarreicas, o cualquier otro. Pero también pueden provenir de los propios países que ponen a la disposición de la Organización fondos provenientes de un convenio multiministerial o del ministerio de salud, con ese propósito. Es allí donde comienzan los problemas porque, como siempre se dice, en la práctica el que paga es el que tiene el poder. Se presentarían conflictos, aunque quieran evitarse y aunque el Representante del País tenga las atribuciones necesarias para hacer frente al problema. Creo que pueden surgir dificultades y, por lo tanto, debe estudiarse cuidadosamente la posibilidad de interferencias por parte de los gobiernos ante la contratación de nacionales.

Yo no le tengo temor al hecho en sí, pero sí temo que no haya una reglamentación que permita a los Representantes de la OPS en los países contar con instrumentos prácticos y útiles, no teóricos, para poder abordar este problema. Algunos tienen experiencias muy buenas, pero otras no son tan buenas, y habría que hablar con los Representantes de País que tienen este problema para conversarlo bien.

Reitero, por lo tanto, que la reglamentación es básica y que debe ser presentada cuanto antes al Comité Ejecutivo, o sea en junio de 1987, que es para que el Comité pueda realmente considerarla y para que los observadores también den su opinión sobre este problema de tanta importancia. En los países todavía hay personas que no tienen previsión social, mientras nosotros mismos preconizamos aquí la solidaridad y toda la retórica correspondiente; así que una cosa son los hechos y otra es la retórica, que muchas veces se expresa pero no se cumple. Yo tengo interés en que haya una contratación de nacionales que cumpla con todos estos requisitos y que permita garantizarles a las personas sus derechos. En resumen, estoy de acuerdo con la propuesta de la Secretaría y del Director en los términos en que ha sido presentado en el documento, pero insisto en que el Reglamento debe ser cuidadosamente estudiado. Sugiero que este Reglamento sea estudiado no solamente por la Secretaría que tiene el poder para hacerlo, sino también que se pida la colaboración de algunas personas de los países para que haya una contribución de los propios países en la confección de ese reglamento y que sea presentado a la reunión del Comité Ejecutivo en junio de 1987. Con respecto a la resolución, nuestra Delegación está de acuerdo con la enmienda propuesta por el Gobierno de los Estados Unidos de América. Muchas gracias.

The PRESIDENT: Any further comments on the report? The United States of America.

Mr. BOYER (United States of America): The United States Delegation is sympathetic to the problems which PAHO faces in the area of hiring employees at the local level. It seems to us there are potential dangers and substantial financial difficulties ahead if the Organization does not move to correct the situation. At the same time, we believe the Organization should move cautiously in implementing this new scheme for the hiring of employees under local conditions of employment. This issue was sparked by a particular problem, but the solution as presented to us seems to go far beyond the original problem. It almost risks killing a mosquito with an elephant gun.

I think it should be clear, Mr. President, that people who are now employees of PAHO should not have their acquired rights undermined by this new system. In addition, respect must be paid to an international system of civil service which, whatever its shortcomings, could be seriously damaged if an organization such as PAHO, or any other, goes off in its own direction. It would be especially true if PAHO began to take posts now established for professional, international employees and transform them into PAHO's own, locally hired staff. Before any such thing happens, we need to know more fully the situations in which PAHO staff in international posts are being paid benefits far out of line with local circumstances. I would think that a report to the Executive Committee on situations like this would be helpful to efforts to correct any deficiencies in the international system before organizations strike out on their own with their own individual systems.

Also, it seems to us that there are very many unknowns in the implementation of the new system placed before us. Some of those unknowns are financial, and some are legal. I think it behooves all of us to urge the Director to go slowly in implementing this new plan so that experience can be gathered and evaluated in order that decisions can be made at a later stage regarding the future of this new system. It is for these reasons, Mr. Chairman, that we have proposed amendments to the language in the original draft resolution. Our amendments, essentially, make this into a three-year pilot project with annual, interim reports to the Executive Committee, giving the Executive Committee the opportunity to look at the facts involving actual implementation of the plan and to make a more informed decision on a permanent basis later.

In making this a limited experiment during the three-year pilot period, we believe the Director should limit the new hiring mechanism to the situations that caused the original, basic problem, that is, the one involving short-term contractors who became de facto long-term employees. We also believe the experiment should concentrate on a few specific locations in the field and we believe any application of the new system to PAHO regular posts should be undertaken only after consultation with the Executive Committee.

The PRESIDENT: Thank you. Any further comments. The Director would like to speak.

Dr. GUERRA DE MACEDO (Director): Agradezco las intervenciones de los señores Delegados de Nicaragua, los Estados Unidos de América y Chile. Es la intención de la Administración, del Director en particular y de la Secretaría, la de proponer a los Cuerpos Directivos que se reglamenten esas formas de contratación que ya vienen siendo utilizadas por la Organización desde hace mucho tiempo. Tal como lo expresan los Delegados de Chile y de Nicaragua, es necesario reglamentar algo que ya existe. El Director podría hacerlo individualmente--la cuestión dependería en ese caso de la voluntad de cada Director en particular--pero este Director piensa que se trata de algo tan importante que debe ser compartido con los Cuerpos Directivos de la Organización, y esa es una de las razones por las cuales se les presentó la situación. Además, si la decisión es exclusivamente de la Administración, la Organización no quedaría protegida como es nuestro deber asegurar que se haga. No hay duda alguna de que cuando nosotros introducimos cualquier proceso de cambio, sobre todo si el cambio es tan significativo como este, tenemos que ser muy cuidadosos de que el proceso sea gradual. No es nuestra intención, y esto ya quedó explícito en el informe del Comité Ejecutivo, sustituir el sistema internacional de contratación de las Naciones Unidas por un sistema nuevo. Lo que queremos es tener la posibilidad de ajustarnos a condiciones especiales para impedir que nuestra capacidad de desarrollar los programas de la Organización se vea afectada. Ese es el caso de los Centros Panamericanos y de algunas situaciones particulares muy bien definidas en algunas de las representaciones. El Reglamento será preparado a la mayor brevedad posible, con la participación del personal, directamente y a través de su Asociación. Ya se han iniciado las consultas con abogados, autoridades jurídicas y autoridades nacionales, propiamente dichas, para que colaboren en el proceso de elaboración del Reglamento. Estamos seguros de que, a pesar de todo el cuidado que podamos tener y de las consideraciones del Consejo Directivo y del Comité Ejecutivo, el Reglamento tendrá que ser revisado periódicamente. Por eso nosotros creemos que también es necesario mantenernos en consulta permanente con los Cuerpos Directivos, particularmente con el Comité Ejecutivo, así como con el Subcomité de Planificación y con los países sobre como estamos avanzando.

Quisiera referirme a una interpretación expresada por el señor Delegado de Nicaragua, con la cual no puedo estar de acuerdo. En la administración del personal de la Organización la participación de los países es indirecta y de naturaleza programática. No corresponde a los Gobiernos interferir en los procesos de selección del personal de la Organización, por lo menos no de una manera formal. Participan en la medida en que definen las necesidades y las características de esas necesidades dentro del marco de los programas de cooperación. Pero la actividad administrativa de reclutar, seleccionar y administrar el personal es responsabilidad de la Organización. Verdaderamente se correría el riesgo de crear conflictos y distorsiones si se permitiera la interferencia directa y formalizada de los Gobiernos en el proceso de reclutamiento, selección y administración del personal. Nuestra Constitución es explícita sobre la responsabilidad exclusiva del Director en esa materia.

Nosotros tenemos muchas otras inquietudes y seremos muy cuidadosos al conducir el proceso de que hablamos. Una de ellas es la que ha manifestado el Delegado de Chile. Sin embargo, no creo que el origen específico de los fondos provoque interferencias indebidas--porque hay interferencias que son muy justas--de la política o de los intereses nacionales en el problema de la administración del personal. Y esa razón también justifica nuestro pedido de una reglamentación aprobada por los Cuerpos Directivos. Si la situación se mantiene como está actualmente, al libre arbitrio del Director y de sus delegados o representantes, hay muchas más posibilidades de distorsión y de interferencia. En eso estoy en pleno acuerdo con las observaciones del señor Delegado de Chile. Por todo lo dicho, además de otras razones que creo el informe del Comité Ejecutivo ha referido con bastante propiedad, nosotros no tenemos ningún inconveniente en aceptar la enmienda propuesta por la Delegación de los Estados Unidos de América. Por el contrario, opinamos que la redacción del proyecto de resolución propuesto por el Comité Ejecutivo queda mejor con la enmienda sugerida por la Delegación de los Estados Unidos de América. Muchas gracias, señor Presidente.

The PRESIDENT: Thank you, Dr. Macedo. Are we then ready to move to the resolution? I recognize Nicaragua.

Dr. SAMPSON (Nicaragua): Esa, precisamente, es una de nuestras preocupaciones. Es posible que el Dr. Macedo esté en lo correcto, pero sí queremos planteárselo en la práctica. Nosotros vemos la contratación del personal local como una superación de ese personal. Y si es la Organización o el Director de la Oficina quien va a tener la facultad de contratar sin consultar con el país, podrá contratarse a extranjeros que van a ser remunerados con fondos de la Organización y que a la postre no van a dar ningún resultado para el país. Mientras que sí el país participa, se puede perfectamente capacitar al personal más calificado que tenga para que vaya conociendo todo el funcionamiento y el manejo de los organismos internacionales. Por eso es que nosotros insistimos en proponer que el país tenga alguna participación en la selección de ese personal, así como también participa, cuando se elige al Director de la Oficina. Yo creo que compete a los países impulsar los programas y a la Organización asesorar, colaborar, apoyar y coordinar algunas acciones, pero según los países son responsables de lo que sucede en el país, deben ser responsables de formar a su propio personal. No creo que debe hacerse de manera que alguien llegue y seleccione a un funcionario que va a adquirir experiencia, pero que bien puede ser alguien que no sea del país y que no se quede en el país, de manera que el país no se beneficie de esa experiencia. Ese funcionario sería pagado con fondos del país o con fondos regionales que, de todas maneras, son un gasto para la Organización en el país. Por eso es que insistimos en que el país tenga alguna participación en la selección de ese personal.

Dr. QUIJANO (México): Yo también estoy de acuerdo en que hay que intentar implantar ese Reglamento lo antes posible. Además creo que tendrá que adherirse a las condiciones especiales de las leyes laborales.



Pero yo quisiera señalar un pequeño detalle que a mi juicio puede causar problemas. Me refiero a la posibilidad, tratándose del personal de apoyo, digamos, o semiprofesional, de que convivan en una misma oficina empleados con salarios y con prestaciones diferentes pero que desempeñan trabajos similares. Me estoy refiriendo a secretarías, personal de bibliotecas, etc. Esto podría causar problemas. De manera que, como decía el Sr. Boyer, se necesita actuar en forma cautelosa y gradual, pero lo más rápido posible para que desaparezcan esas diferencias. Muchas gracias.

Dr. GUERRA DE MACEDO (Director): Intentaré aclarar las diferencias de opinión con el Dr. Sampson. La selección y contratación del personal de la Oficina es una facultad constitucional del Director que no puede ser cambiada por un reglamento. No es que los países no tengan influencia; lo que yo digo que no puede ser es que se incluya como parte del Reglamento. Esa influencia se ejercerá en la medida en que nosotros seamos capaces de desarrollar un sistema de comunicación, de diálogo efectivo, en la programación conjunta y en la evaluación colaborativa de las actividades de cooperación para identificar las necesidades y prioridades. Lo que no es factible, porque de hacerlo se negaría la propia Constitución de la Organización y sería nulo, es incluir en un Reglamento una facultad que la Constitución prohíbe. Además, propiciaría perturbaciones administrativas y aumentaría mucho el riesgo, al que se refería el Dr. Borgoffo, de interferencias conyunturales. Los países son muy diferentes, las autoridades cambian--y también sus preferencias--y eso no debe afectar formalmente la administración de personal de la Organización; la influencia legítima sí debe ser preservada, y debe ser preservada a través del trabajo conjunto y de la consulta permanente para que las cosas se hagan de común acuerdo.

The PRESIDENT: May I now direct your attention to the proposed resolution under this item recommended for adoption by the Conference (Document CSP22/28) and the proposed amendment to that text submitted by the United States of America (PR/11, Rev. 1). I would ask the Rapporteur to read both texts in the order in which I just mentioned them.

El RELATOR: El proyecto de resolución contenido en el Documento CSP22/28 dice así:

THE XXII PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Having reviewed the Director's report (Document CE97/23, Rev. 1) on the local hiring of personnel;

Considering that the Organization possesses, in its own right, the legal capacity needed to issue its own legally binding rules on the appointment, qualifications, rights and obligations of its employees, and further possesses within the territory of each of its Member Countries the juridical personality endowing it with the capacity to take legal actions and enter into agreements, of any nature; and

Mindful that these two capacities make it legally possible and fitting to establish two categories of personnel in the Organization, the first comprised of international staff members, whether internationally or locally recruited, who will continue to be governed, as hitherto, by the Staff Regulations and Staff Rules of PAHO, and the second, created by means of this resolution, consisting of national staff members appointed to such posts as the Director shall determine, who shall be governed in all their relations with the Organization by the labor laws and practices of the country in which they serve. This new category of personnel shall replace that of the present contractors and consultants in cases in which there actually exists an employer/employee relationship, and personnel in this category shall be referred to as national staff members because their conditions of employment shall be governed, in fact and in law, by the labor legislation and practices of the countries in which they serve,

RESOLVES:

1. That the Staff Regulations of PAHO are amended as follows:

The following text is added to Article I:

- 1.12 The Bureau may hire under local conditions of employment national staff members (nationals of the country and aliens, whether residents or not, who legally qualify for employment there), to whom the existing Staff Regulations and Rules shall not apply save in regard to the present Article I on Duties, Obligations and Privileges as national employees and not as international staff members. Respecting privileges, such employees shall be governed by the Basic Agreement on Privileges and Immunities between the Organization and the country in which they are employed.
- 1.13 The contracts of such national employees shall be governed in every aspect by the social security and labor laws and practices of the country concerned.
- 1.14 The Director shall determine the posts to be subject to these rules and shall establish scales of salaries and allowances, in conformity with competitive conditions of employment of the locality in the type of work performed or related to the functions of the office.
- 1.15 National employees shall have access to arbitration or labor tribunals of the countries in which they are employed for the settlement of disputes, in accordance with their respective contracts, and shall therefore have no access to the Administrative Tribunal of the International Labor Organization, whose competence is not recognized in respect of national employees.

2. To request the Director to propose such rules as he may deem appropriate to regulate contracts of this type for national personnel, subject to confirmation by the Executive Committee pursuant to Staff Rule 015.2, and to incorporate them into the Staff Rules as a separate category.

LA XXII CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Visto el informe del Director (Documento CE97/23, Rev. 1) sobre contratación de personal bajo condiciones nacionales de empleo;

Considerando que la Organización posee la capacidad jurídica necesaria, por sí, de dictar sus propias normas sobre designación, requisitos, derechos y obligaciones de sus empleados, las cuales tienen fuerza legal obligatoria y, además, tiene en el territorio de cada uno de sus Estados Miembros la condición de persona jurídica capaz de celebrar toda clase de actos y contratos, y

Teniendo presente que ambas potestades hacen legalmente posible y conveniente establecer la existencia de dos tipos de funcionarios de la Organización: el primero, formado por el conjunto de funcionarios internacionales, sean de reclutamiento internacional o local, que continuarán regidos, como hasta ahora lo han estado por el Estatuto y Reglamento del Personal de la OPS; y el segundo, que se crea mediante esta resolución, formado por funcionarios nacionales designados en los cargos que el Director determine, los cuales se regirán íntegramente en sus relaciones con la Organización, por las leyes y prácticas laborales del país donde presten sus servicios. Esta nueva categoría reemplazará a los contratistas y consultores actuales, en aquellos casos en que de hecho exista una relación laboral. Se conocerán como empleados nacionales debido a que de hecho y de derecho sus condiciones de empleo se regirán de conformidad con la legislación y prácticas laborales del país en que presten sus servicios,

RESUELVE:

1. Introducir en el Estatuto del Personal de la OPS las siguientes modificaciones:

Adicionar al Artículo I el siguiente texto:

- 1.12 La Oficina podrá contratar bajo condiciones locales de empleo a funcionarios nacionales (aquellos nacionales del país o extranjeros residentes o no que puedan legalmente emplearse en el mismo) a los cuales no se aplicará el actual Estatuto y Reglamento del Personal, salvo en lo que respecta al presente Artículo I sobre Deberes, Obligaciones y Prerrogativas como empleados nacionales y no como funcionarios internacionales. En

lo que se refiere a Prerrogativas, este personal se registrará conforme al Acuerdo Básico sobre Privilegios e Inmunidades entre la Organización y el País en el que presten sus servicios.

- 1.13 Los contratos de empleados nacionales se registrarán íntegramente por la legislación y prácticas laborales y de la seguridad social del país respectivo.
- 1.14 El Director determinará los puestos que estarán sujetos a estas normas y establecerá las escalas de remuneración y subsidios de conformidad con las condiciones competitivas de empleo de la localidad en las áreas de trabajo o relacionadas con las funciones de la Oficina.
- 1.15 Los empleados nacionales tendrán acceso a jurisdicción arbitral o laboral del país donde presten sus servicios para la solución de conflictos, según se indique en el respectivo contrato; por tanto, no tendrán acceso al Tribunal Administrativo de la Organización Internacional del Trabajo, cuya competencia no se reconoce en relación con los empleados nacionales.

2. Encargar al Director que proponga la reglamentación que estime conveniente para regular este tipo de contratos de personal nacional, sujeta a confirmación del Comité Ejecutivo, de acuerdo con el numeral 015.2 del Reglamento del Personal, e incorporarla al mismo como categoría separada.

El RELATOR: Hay una enmienda a este proyecto de resolución presentada por la Delegación de los Estados Unidos de América (PR/11, Rev. 1). La enmienda mantiene inalterado el texto del preámbulo, pero en la parte resolutive propone lo siguiente:

"RESOLVES:

1. That effective immediately until 30 September 1989 (unless a differing recommendation be made by the Executive Committee in the interim), the Staff Regulations shall be amended as follows:

- 1.12 The Bureau may hire under local conditions of employment national staff members (nationals of the country and aliens, whether residents or not, who legally qualify for employment there), to whom the Staff Regulations and Rules shall not apply save in regard to the present Article I on Duties, Obligations and Privileges as national employees and not as international functionaries. Respecting privileges, such employees shall be governed by the Basic Agreement on Privileges and Immunities between the Organization and the country in which they are employed.

1.13 The contracts of such national employees shall be governed in every aspect, including those of work-related accidents, social security and pensions, by the labor laws and practices of the country concerned.

1.14 The Director shall determine the posts to be subject to these rules and shall establish scales of salaries and allowances, in conformity with competitive conditions of employment of the locality in the type of work performed or related to the functions of the office.

1.15 National employees shall have access to arbitration or labor tribunals of the countries in which they are employed for the settlement of disputes, in accordance with their respective contracts, and shall therefore have no access to the Administrative Tribunal of the International Labor Organization, whose competence is not recognized in respect of national employees.'

2. To request the Director to issue such rules as he may deem appropriate to regulate contracts of this type for national personnel, subject to confirmation by the Executive Committee pursuant to Staff Rule 015.2, and to incorporate them into the Staff Rules.

3. To request the Director to provide the Executive Committee with annual interim reports on the implementation of these amendments to the Staff Regulations, and with a full report, prior to 31 May 1989, to include such matters as identification of the positions involved, the cost implications, administrative adjustments, and general operations of the system of hiring under local conditions of employment, together with his recommendations regarding this new system.

4. To request the Director, pending completion of the review by the Executive Committee in 1989, to implement these amendments on a limited basis and to exclude from the application thereof any currently established posts under the Staff Rules and Regulations which are not or do not become vacant unless the Executive Committee decides otherwise in advance.

5. To delegate to the Executive Committee the authority to determine if these amendments to the Staff Regulations shall remain in effect after 30 September 1989."

"RESUELVE:

1. Con vigencia inmediata hasta el 30 de septiembre de 1989 (excepto recomendación en contrario del Comité Ejecutivo en el interim) el Estatuto del Personal de la OPS se modifica de la siguiente manera:

1.12 La Oficina podrá contratar bajo condiciones locales de empleo a funcionarios nacionales (aquellos nacionales del país o extranjeros residentes o no que puedan legalmente emplearse en el mismo) a los cuales no se aplicará el Estatuto y Reglamento del Personal, salvo en lo que respecta al presente Artículo I sobre Deberes, Obligaciones y Prerrogativas como empleados nacionales y no como funcionarios internacionales. En lo que se refiere a Prerrogativas, este personal se registrará conforme al Acuerdo Básico sobre Privilegios e Inmunidades entre la Organización y el País en el que presten sus servicios.

1.13 Los contratos de empleados nacionales se registrarán íntegramente por la legislación y prácticas laborales del país respectivo, incluyendo accidentes de trabajo, seguridad social y pensión.

1.14 El Director determinará los puestos que estarán sujetos a estas normas y establecerá las escalas de remuneración y subsidios de conformidad con las condiciones competitivas de empleo de la localidad en las áreas de trabajo o relacionadas con las funciones de la Oficina.

1.15 Los empleados nacionales tendrán acceso a jurisdicción arbitral o laboral del país donde presten sus servicios para la solución de conflictos, según se indique en el respectivo contrato; por tanto, no tendrán acceso al Tribunal Administrativo de la Organización Internacional del Trabajo, cuya competencia no se reconoce en relación con los empleados nacionales'.

2. Encargar al Director que dicte la reglamentación que estime conveniente para regular este tipo de contratos de personal nacional, sujeta a confirmación del Comité Ejecutivo, de acuerdo con el numeral 015.2 del Reglamento del Personal, e incorporarla al mismo.

3. Pedir al Director que presente al Comité Ejecutivo informes anuales provisionales de la introducción de estas modificaciones al Estatuto del Personal y un informe completo con anterioridad al 31 de mayo de 1989, que incluya cuestiones tales como identificación de los puestos involucrados, repercusión en los costos, ajustes administrativos y operaciones generales del sistema de contratación bajo condiciones locales de empleo, junto con las recomendaciones referentes a este nuevo sistema.

4. Pedir al Director que introduzca estas modificaciones en forma limitada hasta su examen por el Comité Ejecutivo en 1989 y que excluya de su aplicación todo puesto actualmente establecido bajo el Estatuto y Reglamento del Personal que no esté o quede vacante, salvo que el Comité Ejecutivo decida previamente lo contrario.

5. Delegar en el Comité Ejecutivo la autoridad para determinar si estas modificaciones al Estatuto del Personal seguirán vigentes después del 30 de septiembre de 1989".

Dr. GUERRA DE MACEDO (Director): Gracias, señor Presidente, solo deseo hacer dos observaciones muy breves; la primera, para llamar la atención al hecho de que la enmienda lo que hace es agregar los tres últimos párrafos a la resolución original. La segunda es sobre el párrafo 4 de la parte resolutive que, como fue leído en español, a pesar que la original fue redactada en inglés y en el original está correcto, dice "bajo el Estatuto y Reglamento del personal que no esté o quede vacante". Deber ser "o no quede vacante", que es la traducción correcta del "do not."

The PRESIDENT: The Delegate of Panama.

Dr. MOLTO (Panamá): Gracias, señor Presidente. Yo quería referirme a la enmienda propuesta por los Estados Unidos de América, con la que, en principio, estamos de acuerdo. Pero para mantener más consecuente la redacción, y en base a que en el párrafo 1.12, cuando se habla de empleo a funcionarios nacionales lo define inmediatamente entre paréntesis y habla de aquellos nacionales del país o extranjeros residentes o no que puedan legalmente emplearse en el mismo, no sé hasta dónde sea conveniente mantener esa categoría de funcionarios nacionales. Yo preferiría que se diga "contratación bajo condiciones locales", en vez de "funcionarios nacionales", que en la interpretación jurídica son las personas que constitucionalmente (por lo menos en mi país) pueden ser contratadas. No sé si esto ya fue considerado desde el punto de vista legal por la Organización y si no crea un problema el mantener esa categoría dentro de la contratación por la Organización.

The PRESIDENT: We will try to get you an explanation.

Lic. FUENZALIDA (OSP): Los primeros documentos sobre el tema identificaban a este tipo de funcionarios como funcionarios locales, ya que se referían a las condiciones locales de empleo, y no se hacía una mención expresa para identificarlos como funcionarios nacionales por el significado que tiene la palabra nacionales. Durante las discusiones sostenidas con la Asociación del Personal, esta sugirió que se usara la palabra "nacionales" y no "locales", a pesar de que se reconocía de que había que darle a la palabra nacionales un sentido que naturalmente no tiene, al incluir a extranjeros, residentes o no, según la definición. Posteriormente, se decidió utilizar la expresión "funcionarios nacionales", dejando una constancia en el mismo documento de que se le estaba atribuyendo para estos efectos a la palabra nacionales un significado que naturalmente no tenía; pero el sentido es el de funcionarios locales. Gracias.

Dr. GUERRA DE MACEDO (Director): Solo para complementar la explicación del asesor legal de la Organización, Lic. Hernán Fuenzalida. La preocupación de la Asociación del Personal está justificada, en el

sentido de que en las Naciones Unidas la palabra "local" es utilizada para definir una categoría de reclutamiento local, dentro del sistema de las Naciones Unidas. Y como no queríamos y no pretendemos que se confundan las dos categorías, estimamos que esa era la mejor solución para la redacción.

The PRESIDENT: Thank you for raising that point. Any other comments to the amendment? There being no objections, I declare the amendment approved. The Conference is now addressing the amended resolution, which includes the preamble as read and the operative part as amended. Any objections to the amended resolution?

There being no objections, the amended resolution is adopted.

Decision: The proposed resolution, as amended, was adopted.

Decisión: Se aprueba el proyecto de resolución así enmendado.

ITEM 8.2: PROVISIONAL AGENDA OF THE SEVENTY-NINTH SESSION OF THE EXECUTIVE BOARD OF WHO: ITEMS OF INTEREST TO THE REGIONAL COMMITTEE

TEMA 8.2: ORDEN DEL DIA PROVISIONAL DEL 79o PERIODO DE SESIONES DEL CONSEJO EJECUTIVO DE LA OMS: TEMAS DE INTERES PARA EL COMITE REGIONAL

The PRESIDENT: Item 8.2, the agenda of the Seventy-ninth Session of the WHO Executive Board, I thought might be the shortest discussion in the history of PAHO, because the Director did not have the agenda at hand, and I thought this might be a very easy agenda to approve, or one in which we would discuss how we have developed; but I think we have the agenda now, so I would ask the Director to present item 8.2 at this time.

Dr. GUERRA DE MACEDO (Director): Tengo el documento en la mano, y les pido que ustedes también lo tomen y que lo observen porque haremos algunas indicaciones muy rápidas sobre aquellos temas que en nuestra opinión son de particular interés para la Región de las Américas y para el Comité Regional.

Primeramente llamo a la atención el punto 7, que será sin duda el tema principal del programa de la próxima sesión del Consejo Ejecutivo de la OMS en enero de 1987. Se trata del proyecto de presupuesto por programas para el ejercicio de 1988-1989; esta Conferencia ha discutido y aprobado la propuesta a ser presentada por la Región de las Américas. Después el tema 8, referente a los informes de los Directores Regionales sobre los acontecimientos regionales de importancia, incluidos los asuntos tratados por los Comités Regionales. Además de un informe escrito, cada Director Regional tiene la oportunidad de hacer una breve exposición oral en la cual enfatiza aquellos aspectos más importantes ocurridos en sus respectivas Regiones y Oficinas Regionales. Nosotros utilizamos como fuente fundamental de información para hacer el informe y esta exposición los trabajos de las reuniones de los Comités Regionales, es decir, en nuestro caso, los trabajos y las discusiones de esta Conferencia.



El tema 9, evidentemente, es muy importante. Se trata del nombramiento del Director Regional para las Américas, en el cual el Consejo Ejecutivo ratifica o no--yo espero que la ratifique--la decisión tomada por los Comités Regionales, en este caso nuestro Comité Regional.

Quiero mencionar también el tema 12, sobre la Estrategia Mundial de Salud para Todos en el Año 2000, en el cual el Consejo analizará el informe de progreso que preliminarmente será discutido por el Comité General del Programa del Consejo en su reunión a final del mes que viene.

El tema 13 trata del Octavo Programa General de Trabajo, asunto que ya fue discutido también por esta Conferencia.

En el tema 16, el Consejo analizará lo que ha ocurrido con respecto a la contratación del personal internacional en la OMS, sobre todo dos aspectos: el equilibrio entre los nacionales de los Estados Miembros en el cuadro de funcionarios de la Organización, y cómo la Organización va progresando en la contratación de mujeres.

El tema 17, Fondo para la Gestión de Bienes Inmuebles, es importante para nosotros, porque este año también se incluirá el plan de grandes obras de mantenimiento y de reparación que el Consejo Ejecutivo aprobó para nuestra Oficina para 1987-1988.

En el tema 18, Colaboración dentro del Sistema de las Naciones Unidas, se presentará una información sobre el período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas, pero yo creo que quizá el punto más interesante es el 18.3, que se refiere a un informe sobre los trabajos de la Comisión del Codex Alimentarius, sobre todo después del debate que tuvo lugar en la sesión de la mañana de hoy, y de la aprobación del plan de acción para la protección de los alimentos en las Américas.

Por último, se discutirán en el tema 22 el orden del día provisional y la duración de la 40a Asamblea Mundial de la Salud, que de cierta manera nace de los propios temas incluidos en la agenda del Consejo.

Estas eran las observaciones que quería hacer sobre los temas que en mi opinión parecen más importantes para la Región de las Américas.

The PRESIDENT: Thank you, Dr. Macedo. Any additions, comments, deletions, that anyone would have offered to the Assembly? Dr. Macedo, please.

Dr. GUERRA DE MACEDO (Director): Señor Presidente. Yo quisiera comunicarles a los señores Delegados que durante la reunión del Consejo Ejecutivo, desde el primer día nos reuniremos varias veces, lo más frecuentemente posible, de acuerdo con las necesidades, con los Representantes designados por los países de la Región de las Américas, para examinar cada uno de los temas de la agenda del Consejo en la perspectiva de los intereses de la Región.

The PRESIDENT: I want to inform the Conference that there is no need to approve a resolution on the item; the records of the session will reflect the debate and the presentations on the subject.

The session was suspended at 3:50 p.m. and resumed at 4:30 p.m.  
Se suspende la sesión a las 3:50 p.m. y se reanuda a las 4:30 p.m.

ITEM 9: OTHER MATTERS (continued)  
TEMA 9: OTROS ASUNTOS (continuación)

Sesquicentennial of the National Library of Medicine of the United States of America  
Sesquicentenario de la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos de América

The PRESIDENT: Distinguished Delegates, the first business under item 9, Other Matters, is a most pleasant one, and that is the recognition of the sesquicentennial of the National Library of Medicine of the United States of America. I would ask our Director to introduce our guest as well as the celebration. Dr. Macedo.

Dr. GUERRA DE MACEDO (Director): Gracias, señor Presidente. Señores Ministros, señores Delegados, esta es una ocasión especial en el curso de la Conferencia. El Dr. Lindberg, aquí presente, es el Director de la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos de América, biblioteca que en este mes cumple el 150<sup>o</sup> aniversario de actividades.

La celebración del sesquicentenario de dicha Biblioteca es una ocasión muy significativa, por lo que nos ha parecido necesario y apropiado que la OPS deje constancia de su reconocimiento al mérito de una institución con la que ha mantenido una larga y fructífera relación. La colaboración estrecha y desinteresada que desde 1960 ha brindado la Biblioteca Nacional de Medicina a nuestra Organización y, a través de nosotros, a todos los países de América Latina, es de un valor inestimable.

El primer programa importante de cooperación entre la OPS y la Biblioteca fue el patrocinio conjunto de BIREME (Biblioteca Regional de Medicina de la OPS/OMS), creada en 1967 en São Paulo, donde tiene su sede, con el fin primordial de atender las crecientes demandas de información científico-biomédica de investigadores profesionales y estudiantes de América Latina y del Caribe. El segundo ejemplo de cooperación fue tener acceso al sistema MEDLARS y poder registrar en el Index Medicus la información científica publicada en revistas de la América Latina. Cientos de profesionales de América Latina y del Caribe se han beneficiado de los servicios ofrecidos por la Biblioteca Nacional de Medicina, lo que les ha permitido mantener al día sus conocimientos científicos en pro del mejoramiento de las condiciones de salud de nuestros pueblos.

Durante sus 150 años de existencia la Biblioteca Nacional de Medicina ha respondido en forma eficiente y altruista a las necesidades de información biomédica de la comunidad científica mundial, desarrollando los más completos centros de comunicación sobre enseñanzas de salud del mundo entero.

La Biblioteca Nacional de Medicina ha sido una de las instituciones pioneras en el uso de las telecomunicaciones para la transferencia de información biomédica. En forma paralela desarrolló el sistema MEDLARS al que ya me he referido, que permite a los investigadores del área de la salud de cualquier parte del mundo tener acceso inmediato a la más reciente literatura biomédica mundial.

Esta colaboración de un organismo federal de un País Miembro con una organización internacional como la OPS demuestra plenamente como, dentro del marco de cooperación técnica entre los países, la tecnología y la información biomédica más perfeccionadas pueden estar a disposición de nuestras instituciones y sociedades científicas. Creemos firmemente que en los próximos años habrá una colaboración y una relación de trabajo aun más intensas entre la Biblioteca Nacional de Medicina y la OPS en la administración del conocimiento, pues nuestras instituciones y sus profesionales, en pro de la meta de salud para todos en el año 2000, reconocen el gran prestigio mundial que ha adquirido la Biblioteca Nacional de Medicina durante sus 150 años de trabajo en el campo de la información biomédica. Estamos orgullosos de sumarnos a muchas otras instituciones de todo el mundo para expresar nuestro más alto reconocimiento a la Biblioteca Nacional de Medicina en este su sesquicentenario y agradecerle el continuo apoyo que ha brindado a la OPS y a sus Países Miembros. Por esa razón pido a los señores Delegados y a la Mesa Directiva que, haciendo una excepción a las reglas establecidas, discutan y aprueben el proyecto de resolución al que va a dar lectura el señor Relator.

The PRESIDENT: Dr. Macedo, I would like at this time to ask our Rapporteur to read out the resolution which has been circulated, PR/14.

El RELATOR: El proyecto de resolución dice así:

THE XXII PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Having seen the information received from the Director on the excellent work done by the National Library of Medicine of the United States of America, which is completing its 150th year of service to the world scientific community;

Cognizant of its contribution to the development and operation of the Regional Library of Medicine (BIREME) and of PAHO's access to the MEDLARS system; and

Wishing to commemorate this important anniversary by paying well-earned tribute to the National Library of Medicine,

## RESOLVES:

1. To take cognizance of the support that the National Library of Medicine of the United States of America has unfailingly given to PAHO and its Member Countries.

2. To transmit to the Director of the National Library of Medicine and its staff its warmest congratulations and wishes for success in its invaluable efforts on behalf of the health sciences.

## LA XXII CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Vista la información recibida del Director sobre la excelente labor realizada por la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos de América, que cumple 150 años de servicio a la comunidad científica mundial;

Reconociendo su contribución al desarrollo y funcionamiento de la Biblioteca Regional de Medicina (BIREME) y el acceso de la OPS al sistema MEDLARS, y

Deseando conmemorar este importante aniversario, rindiéndole a la Biblioteca Nacional de Medicina este merecido homenaje,

## RESUELVE:

1. Reconocer el constante y desinteresado apoyo que la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos de América ha brindado a la OPS y a sus Países Miembros.

2. Transmitir al Director de la Biblioteca Nacional de Medicina y a su personal su mensaje de felicitación y votos de éxito por su continua e inapreciable labor en beneficio de las ciencias de la salud.

The PRESIDENT: Thank you Delegates. I am sure you would like to join with me in endorsing this resolution wholeheartedly and unanimously. Is that agreed? Approved.

(Applause)

(Aplausos)

Decision: The proposed resolution was unanimously adopted.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución.

The PRESIDENT: Thank you so much, and I would like to ask Dr. Lindberg to make comments if he so wishes. Dr. Lindberg.

Dr. LINDBERG (Director, National Library of Medicine, United States of America): Muchas gracias, señoras y señores, es un placer para mí recibir este honor en nombre del National Library of Medicine. Muchas gracias. I was asked to make a few brief remarks and wisely I was asked to make them in English. The National Library of Medicine has in fact had a long and happy, and I hope very productive, association with the Pan American Health Organization. I trust that this is a harbinger of more to come. We have much in common. I think all of us are very aware of the great problems that each of our countries have. In many cases these seem to be in areas far removed from computers and information systems and medicine, areas such as agriculture and economics, politics. Nonetheless, health is the most important attribute of all our people, and the information that allows us to treat disease and to preserve health is, therefore, of great importance to each country. That is a long-winded way of saying that we cannot do much to help you but we do everything that we possibly can, and will in the future.

The happy collaboration with the regional center BIREME is certainly a good example, and we need more such examples. In addition to those collaborative efforts which can hope to function at a regional level, the National Library of Medicine also has MEDLARS centers, which are national, that is to say, are sponsored by other individual countries. We have added two since I came to the Library two years ago, one in Egypt, the Arab Republic of Egypt, and one in the People's Republic of China. Those of course will keep us very busy, but we trust that we will be able to sponsor additional ones.

Perhaps I should explain briefly how those centers are selected, how they are formed, for the possible interest of these here. We are prepared to work with each and every country that wishes to sponsor a MEDLARS center.

In the United States of America, there are regional medical libraries. That is an achievement of which I am very proud, and that underscores our understanding and enthusiasm for regional centers in the world as well. I do not contrast regional and country centers. I do not say that an individual country center would be better than a regional center. In fact, perhaps the reverse in the case, but one does what is reasonable and practical. The making of an agreement to produce a center seems to take quite a long while, even in the case of the very successful PAHO Center. But, then, that is perhaps good because it did work out to be a successful center and, in fact, as I understand it, is even now considering increasing the extent and areas of its coverage.

Since we are a national library, and since we are by choice a very apolitical national library, the one requirement that to me is of primary importance in the selection of a collaborating institution in another country is that that country make the official designation of which institution we work with. I, personally, am not a terribly political person, but I very much resent foreign nationals interfering in United

States politics. I think, as medical people, you know that is improper, and so I pledge to you that the National Library of Medicine will never do that. We will not play politics in someone else's domain. We will stick to our rules and request that the sovereign State designate which institution in that country we work with.

Having said that, the problem then becomes scientific and technical, and therefore, a lot more fun, although things may go a little slowly. Now I should state two things. We currently produce bibliographical references. We think we do a very good job and we know we have room for improvement both in extending the coverage and, perhaps, in using even more modern methods. However, fundamentally, those are tools for finding information, which by and large exists in journals and books. Therefore, having modern services like MEDLARS and MEDLINE is just half of the solution to the problem. One still needs to have libraries, library consortia, regional medical library arrangements--some kind of a system so that the doctor or the other health care professional can get hold of the information in the bound copy, in the book.

We all here know, I think, that the computer revolution is occurring and moving forward independent of us, independent of whether we think it is good or bad, independent of whether medicine thinks it is good or bad. The National Library of Medicine has always worked strongly both with computers and with medicine, and we think it is a good partnership. It is already possible to have the abstracts of articles, in full text, retrieved at the same time as the citation is retrieved. That helps quite a bit.

It isn't difficult for any of us to imagine that even better computer systems are over the horizon, and not very far over the horizon, which we hope will have the ability to understand in a very general sense how to store knowledge so that answers are produced rather than just citations. Examples of this exist already. It is not always known that the National Library of Medicine's MEDLINE system has many, many data bases. One is MEDLINE--citations to science literature. But there are 21 others. One large grouping has to do with toxicological information concerning the danger of the existing chemicals to the environment and to people. The most advanced part is that the hazardous substance databanks are not bibliographical at all. They are really factual data bases. They produce answers and they are used, at least in this country, 24 hours per day, seven days a week, for providing information to those who manage chemical spills and other kinds of environmentally threatening disasters.

I have in other less formal groups played a game and asked the audience to guess how many times major chemical spills occurred in the last year in the United States of America. I think you would not find it appropriate if I played that kind of game, but I guessed very much on the low side myself when I first began work at the Library and questioned how important such data bases were. And every audience I have asked that

question guesses very much on the low side. Their low estimate by the people who manage those episodes is 11,000 chemical spills; the highest estimate is 14,000. These are both numbers higher, almost in order of magnitude, than I would have imagined.

Now, how often is this occurring in your country? One is only able to guess. I think the important point is that every time the problem has been examined, it has been found to have been worse than during the previous examination. In other words, we tend to underestimate the difficulty.

So, the information systems that we provide, even if not of a strictly medical nature, are of tremendous importance to public health because they address the problems of how to handle a chemical, how to handle the persons who have been endangered by the chemical, and how to garb teams that go in to alleviate the disaster; and they provide a whole lot of very practical information without which disasters would be worse.

I do not want to go beyond your patience, but I want to mention a second category of new information system, new computer system. That is in the area of what in this country is called "biotechnology." It is not a term I like very well, but it is essentially synonymous with molecular biology and it describes the work done so well now to learn the chemical nature of genetic units in humans, plants, and animals--the molecular structure of genes, one might say. We all read in the newspapers all over the world of the advances in making insulin that is pure, growth normal, interleukin, and a number of other products of great importance in medicine and health.

Particularly important is the potential to make vaccines. We have at least one now, and perhaps a little bit down the road the potential to deal with parasitic disease, which will be tremendously helpful to you.

The way in which that work is going forward requires computer data bases. There are actually quite a few, at least a dozen that I could name, but the one you might have heard of is called GENBANK and it is sponsored by the National Institutes of Health and the National Library of Medicine as well. I mention it because it is a kind of harbinger of the future, an example of what will come. It has another importance too. It is not possible to make advances in this very important field of molecular biology without access to those computer data bases; without access to them, one would needlessly repeat experiments at great cost. Without access to data bases, one would not be able to place his discovery in the context of what has been discovered by others. That is how oncogenes, cancer-producing genes, have been discovered. The importance of access to these computerized systems becomes greater with every year, and the difference between a country that has ample access to the data bases and a country that does not becomes more important.

That difference is a bad thing and has to be corrected. We have to make every effort to bring all countries into the modern age of information systems, even though there are other pressing problems, even though there might even be problems of food and dollars or food and money, because the difference will get greater unless concerted national efforts are made. Each country should be certain that it has access to modern information systems.

In closing, I do not at all suggest to you that what the National Library of Medicine does is the answer, that it has the most advanced computing systems in the world, or that it has all the information one needs. Certainly, none of those things is true. Since in the last couple of years a number of people from different developing countries have spoken to me about the problem of medical informatics, that is to say, the use of these systems, asking how to get them started in a country, I now suggest that setting up these scientific literature citation systems is not a bad way to begin. It may be that the importance of establishing those kinds of systems may be far greater than just the information they contain. It may be a way of introducing that technology, with an almost guaranteed success.

Almost surely, we know we can run them. Almost surely, we know the information is worthwhile. Almost surely, we know they are going to get better and better. So consider, when you think of this field, the direct importance to medicine and also the future importance of the importation of that kind of technology to your countries.

I once again thank you most sincerely for your honor to my institution. I will take the resolution back and present it with great pride to our staff, on whose behalf I thank you.

The PRESIDENT: Thank you, Dr. Lindberg. We thank you for your presence. We congratulate you and the National Library on 150 years of service, and we look forward to continued cooperation and the crossing of exciting frontiers as you work. Thank you.

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

Item 5.1: Orientation and Program Priorities for PAHO during the Quadrennium 1987-1990

Tema 5.1: Orientación y prioridades programáticas para la OPS en el cuatrienio 1987-1990

The PRESIDENT: Thank you, Delegates. May we then go to item 5, consideration of the proposed resolutions, and may I direct your attention to PR/6, Rev. 1. You will recall that we had asked a working group to re-examine that resolution, as was mentioned yesterday. They have worked diligently, and I ask the Rapporteur at this time to read the resolution before us.



El RELATOR: El proyecto de resolución PR/6, Rev. 1, que contiene las enmiendas propuestas por el Grupo de Trabajo compuesto por los Delegados del Canadá, Cuba, Chile, los Estados Unidos de América, Guyana y el Relator al proyecto de resolución que aparece en el Documento CSP22/6, dice así:

THE XXII PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Having considered Document CSP22/6, "Orientation and Program Priorities for PAHO during the Quadrennium 1987-1990," and the comments of the 97th Meeting of the Executive Committee;

Bearing in mind the constitutional role of the Pan American Sanitary Conference to determine the general policies of the Organization;

Recognizing the benefits of establishing program priorities in order to enhance the mission of the Organization, to strengthen technical cooperation, and to guide the allocation of available resources within the context of the PAHO/WHO Strategies for Health for All for the Year 2000 (HFA/2000), the Plan of Action for the Implementation of the Regional Strategies for HFA/2000, the Management Strategy for the Optimum Use of PAHO's Resources, and the Regional Program Budget Policy; and

Taking note of Health Conditions in the Americas, 1981-1984, and recognizing the current financial situation of the Organization,

RESOLVES:

1. To approve the document "Orientation and Program Priorities for PAHO during the Quadrennium 1987-1990," presented by the Director to the XXII Pan American Sanitary Conference.

2. To request the Director:

a) To transmit the document "Orientation and Program Priorities for PAHO during the Quadrennium 1987-1990" to the Member Countries;

b) To apply the program priorities contained therein in the formulation of the biennial regular program budget proposals and in the approval of annual operating program budgets during the quadrennium 1987-1990.

3. Recognizing the importance of the health infrastructure in the implementation of priority health programs, to request the Director and the Member Countries, in pursuing the minimum goals of the Plan of Action for Health for All by the Year 2000, to give special attention to:

a) Development of the health services infrastructures;

- b) Development of the health sector's financial analysis and resource management capabilities;
- c) Improvement of national health information systems;
- d) Definition of the roles of health workers, recognition of the importance of community participation, and integration of health manpower education and training.

4. To request the Member Countries to implement the Organization's program priorities for the quadrennium 1987-1990 in the development of their country program proposals for technical cooperation during the years cited.

5. To request the Director to transmit the document to the Director-General of WHO for his consideration.

#### LA XXII CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo considerado el Documento CSP22/6 titulado "Orientación y Prioridades Programáticas para la OPS en el Cuadrenio 1987-1990", y los comentarios de la 97a Reunión del Comité Ejecutivo;

Habida cuenta de la función constitucional de la Conferencia Sanitaria Panamericana para determinar las políticas generales de la Organización;

Reconociendo los beneficios que reporta el establecimiento de prioridades programáticas a fin de realizar la misión de la Organización, fortalecer la cooperación técnica y encauzar la distribución de los recursos disponibles dentro del contexto de las Estrategias de la OPS/OMS para Alcanzar la Salud para Todos en el Año 2000 (SPT/2000), el Plan de Acción para la Instrumentación de las Estrategias Regionales para la SPT/2000, la Estrategia de Gestión para el Uso Óptimo de los Recursos de la OPS, y la Política Regional de Presupuesto por Programas, y

Tomando nota de las Condiciones de Salud de las Américas, 1981-1984, y reconociendo la situación financiera actual de la Organización,

#### RESUELVE:

1. Aprobar el documento titulado "Orientación y prioridades programáticas para la OPS en el cuadrenio 1987-1990", presentado por el Director a la XXII Conferencia Sanitaria Panamericana.

2. Pedir al Director que:

- a) Transmita a los Países Miembros el documento titulado "Orientación y prioridades programáticas para la OPS en el cuadrenio 1987-1990";

- b) Aplique las prioridades programáticas contenidas allí al formular las propuestas para el presupuesto bienal ordinario por programas y al aprobar los presupuestos anuales de operaciones por programa en el cuatrienio 1987-1990.

3. Reconociendo la importancia que tiene la infraestructura de salud en la ejecución de programas prioritarios de salud, pedir al Director y a los Países Miembros, en prosecución de las metas mínimas del Plan de Acción conducente a la salud para todos en el año 2000, prestar especial atención a lo siguiente:

- a) Establecimiento de infraestructuras para los servicios de salud;
- b) Desarrollo de la capacidad de análisis financiero y de administración de recursos del sector salud;
- c) Perfeccionamiento de los sistemas nacionales de información sobre la salud;
- d) Definición de las diversas funciones de los trabajadores de salud, reconocimiento de la importancia de la participación de la comunidad, e integración de la educación y capacitación del personal de salud.

4. Pedir a los Países Miembros que pongan en práctica las prioridades programáticas de la Organización para el cuatrienio 1987-1990 al poner en ejecución las respectivas propuestas de programas de cooperación técnica durante los años citados.

5. Pedir al Director que transmita el documento al Director General de la OMS para su consideración.

The PRESIDENT: I recognize the Delegate of Jamaica.

Dr. BOWEN-WRIGHT (Jamaica): Thank you, Mr. President. Our Delegation would ask that two minor amendments be considered, which we think would not change the substance, but would strengthen the resolution; and then we would like to put a question to the Director for clarity. Under paragraph 3, page 2, we feel that the sentence in the English translation, "Recognizing the importance of the health structure in the implementation..." would be strengthened if it read "Recognizing the importance of the health infrastructure in facilitating (or perhaps promoting) the implementation of priority health programs" and so on. So we would ask the members to consider that minor amendment, which we think would definitely strengthen the resolution.

Then under paragraph 3 a), we feel that implicit in the statement "Development of the health services infrastructures" would be the three areas that follow: b), c), d). We are suggesting that it should read "Development of the health services infrastructures, recognizing the development of the health sector...."

We would then want to inquire of the Director whether in the naming of specific priorities it would be restrictive, excluding other priority areas not mentioned in the document. If we are assured that that would not be so, then our minor amendments would be limited to the first two mentioned, and we would be prepared to support the resolution as is.

The PRESIDENT: Could I ask the members of the Working Group about the last point the honorable Delegate made, whether that question could be answered before I take up the amendments? Canada, please.

Mr. PREFONTAINE (Canada): The drafting group worked on the very question that the Delegate of Jamaica raised, and answered it by saying that paragraph 2 b), which asks the Director to apply the program priorities contained in the statement, is in essence the assurance that nothing is excluded. Rather the intent of part 3 is to call attention to particular items. You will note that we have taken out of the first draft the requirement that the health services infrastructure and the points that fall under it be related directly to budget considerations. We thought that this was a second assurance, so to speak, that the prescription is not a limiting one, but rather a strengthening one. The drafting group thought it had taken care of all the points made in the discussions of the first draft resolution.

While Canada has the floor, I would wish to thank all the Delegations that commented on the Canadian proposal, and specifically those of the Working Group who helped us to prepare a resolution that Shakespeare could improve upon undoubtedly, but is much stronger than the one Canada had first put forward. Thank you.

The PRESIDENT: Thank you, Mr. Préfontaine. I guess those in the Working Group paid the price for being helpful, but we thank them from the Chair as well. Could I now go to the amendments that have been proposed by the Delegate of Jamaica? I will take them in order. The first one is on page 2, item 3. I will use the English: "Recognizing the importance of the health infrastructure in" and inserting the word "promoting," the sentence would then read, if the amendment is carried, "Recognizing the importance of the health infrastructure in promoting the implementation of priority health programs," and so on. Discussion on that amendment? Any objection to the amendment? There being no objections, the amendment is approved.

Decision: The amendment was unanimously approved.

Decisión: Se aprueba por unanimidad la enmienda.

The PRESIDENT: The second amendment 3 a) would read as follows: "Development of the health services infrastructures; Recognizing...." If I am interpreting you correctly, that would necessitate a renumbering, changing what is now b, c, d, to i, ii, iii. Is that the intent of your amendment? Excuse me. I am not trying to put words on your amendment, but I am trying to facilitate the work. My recommendation of small numbers rather than another sequence of initials, would possibly be helpful to us there. Have I made the amendment clear? Panama.

Dr. MOLTO (Panamá): Gracias, señor Presidente. Con el ánimo de contribuir quizás a clarificar lo que a Delegada de Jamaica ha querido poner de relieve, yo propondría una enmienda al mismo párrafo 3 a) en el sentido de sustituir la palabra "establecimiento" por la palabra "fortalecimiento". De una u otra forma, los sistemas, los servicios de salud ya existen, más desarrollados en algunos países, menos en otros, y al decir "fortalecimiento" ya no sería necesario hacer nuevos incisos o apartados, y se conservarían los actuales.

The PRESIDENT: Could I propose to the Conference, and I have been checking with my Spanish language experts on both sides, both left and right, that we use that as a translation proposal and change the recommendation that you made to a translation issue in the Spanish version, rather than an amendment. I think that would get us around your problem. Thank you for your concurrence. Just to make sure that we understand the proposal of the Delegate of Panama correctly, I will ask the Rapporteur to read out the change in Spanish so that there is no confusion.

El RELATOR: La enmienda propuesta al párrafo 3 a) de la parte dispositiva quedaría redactada en los siguientes términos: "Reconociendo la importancia que tiene la infraestructura de salud en la promoción de ejecución de programas prioritarios de salud, pedir al Director y a los Países Miembros, en prosecución de las metas mínimas del Plan de Acción conducente a la salud para todos en el año 2000, prestar especial atención al fortalecimiento de infraestructuras para los servicios de salud; Reconociendo la importancia del desarrollo de la capacidad de análisis financiero y de administración de recursos del sector salud, del perfeccionamiento de los sistemas nacionales de información sobre salud, y de la definición de las diversas funciones de los trabajadores de salud, del reconocimiento de la importancia de la participación de la comunidad, y de la integración de la educación y capacitación del personal de salud".

The PRESIDENT: Thank you. I will recognize Chile and just want to remind the Delegates that we are on the amendment from Jamaica; I have not yet concluded that.

Dr. BORGÑO (Chile): Muchas gracias, señor Presidente. Yo creo que nos estamos confundiendo. Lo que acaba de leer el Relator no refleja lo que dijo el Dr. Moltó. Se acaba de emplear la palabra "desarrollo" y no "fortalecimiento", que es la propuesta por el Dr. Moltó. Además,

habría que cambiar la versión inglesa, porque en ella se dice "development" y debería decirse "strengthening". Por lo tanto, yo creo que es necesario que los propios autores escriban las enmiendas y las pasen al Relator. Así será mucho más fácil. Gracias.

The PRESIDENT: Thank you. It is my understanding that the Rapporteur in Spanish used the word "development." That is exactly the word that we are trying to get in all languages of the official document. Am I wrong? If I am wrong, I want that corrected. Panama, please.

Dr. MOLTO (Panamá): Lo que nosotros hemos propuesto es cambiar en la versión española del párrafo 3 a) de la parte dispositiva la palabra "establecimiento" por la palabra "fortalecimiento", sin alterar el orden de los demás apartados, pues creemos que recogen el sentido de lo expresado por la Delegada de Jamaica.

The PRESIDENT: Well, that is another different proposal. I have to take that one sequentially, after the Jamaican amendment that is now on the floor. I will now complete the Jamaican amendment and then take further action, depending on the resolution of that amendment. What we have before us is the second amendment proposed by the Delegate of Jamaica, namely adding the word "Recognizing" and changing the subsequent numbering from that proposed earlier in the Working Committee's draft. Any further observations on the amendment, as proposed by Jamaica only? I recognize the Delegate of Argentina.

Dr. AHUMADA (Argentina): Señor Presidente, nosotros pensamos que, al menos en español, la modificación propuesta por Jamaica no hace más clara la resolución sino que, al contrario, la hace más confusa, e inclusive cambia un poco el sentido. Porque si agrupamos los apartados b), c) y d) en el apartado a), pareciera que estamos hablando de la capacidad de análisis financiero y de administración de las infraestructuras, y no es eso; de lo que se trataba en principio en la resolución era del sector salud en su conjunto, incluidos los programas de información que también forman parte de él.

Por esa razón, si es necesario enmendar el apartado a), apoyaríamos lo propuesto por Panamá pues, a nuestro juicio, se cambia totalmente el sentido si se acepta la propuesta de Jamaica. Los cuatro apartados, tal como estaban desarrollados originalmente, son los que a nuestro entender constituyen reales prioridades en los programas futuros de la Organización. Gracias, señor Presidente.

The PRESIDENT: Thank you so much. The Delegate of Antigua and Barbuda, please.

Dr. O'MARD (Antigua and Barbuda): Thank you, Mr. President. It seems to me that the amendment proposed by my friend and colleague from Jamaica would weaken the purport of paragraph 3 of the resolution. If we pick up paragraph 3 from "after the year 2000, to give special attention

to:" the effect of the amendment as presented to us would be to give special attention to four things of equal importance, of equal rank, coordinate things, four things. The amendment suggests giving emphasis to one thing, and making the other three subordinate. I am a little worried about that. I think the original wording is correct; it places emphasis on the four things equally. Thank you.

The PRESIDENT: I have Jamaica. Before I recognize Jamaica, I will follow the rule that on an amendment, when the proposer speaks again, it closes the debate on that amendment. Are there any other speakers on the amendment? There being none, I call on the Delegate of Jamaica.

Dr. BOWEN-WRIGHT (Jamaica): Thank you, Mr. President. It was not the intent of Jamaica to delay the proceedings of this body and we agree to withdraw the amendment because we see it as a matter of English semantics in that health services infrastructure connotes in our mind the other three things mentioned here. So we are happy to withdraw.

The PRESIDENT: We are now debating the amended resolution, and I believe Panama had an amendment it wanted to bring forward. The Delegate of Panama. We are back now to the words in the English and the Spanish. If you could address that, please.

Dr. MOLTO (Panamá): Gracias, señor Presidente. Creo que el Dr. Borgoño lo ha dicho mejor que yo. Nosotros queremos cambiar en la versión española la palabra "establecimiento" por la palabra "fortalecimiento" y el Dr. Borgoño ha señalado que en inglés no es lo mismo "development" que "strengthening". Gracias.

The PRESIDENT: We have heard the amendment from the Delegate of Panama. Any objections? If everyone is clear, we are changing the word in all languages to "strengthening." Dr. Macedo.

Dr. GUERRA DE MACEDO (Director): Tengo entendido, señor Presidente, que el proyecto de resolución PR/6, Rev. 1 que estamos examinando se redactó originalmente en inglés. Y si nosotros partimos del inglés, "development" tiene una traducción en español que es "desarrollo", como en portugués es "desenvolvimento". En mi opinión, la palabra desarrollo es bastante completa y comprende el fortalecimiento (strengthening), y algunas cosas más.

Sin lugar a dudas, yo preferiría que se conservase el concepto de desarrollo, que es mucho más global, más completo, que el de "establecimiento". Establecimiento fue una mala traducción, pues el desarrollo es mucho más que eso, y yo sugeriría que conserváramos "desarrollo", que me parece más completo.

Asimismo, hay otro problema de traducción en la versión española del párrafo 4. Después de la fecha 1987-1990, se dice "al poner en ejecución" como traducción de "in the development of", lo cual no corresponde tampoco; "poner en ejecución" es menos que "in the development

of". Por lo tanto, si nos ajustamos más al original inglés, tendremos un sentido más completo que la traducción que se nos ha presentado.

The PRESIDENT: Thank you, Dr. Macedo. I will stay with the amendment from Panama and then address the other. Further observations? The Delegate of Chile.

Dr. BORGÑO (Chile): Gracias, señor Presidente. Seré muy breve. Yo creo que se pueden combinar las dos cosas, lo que ha dicho el señor Director y lo que ha dicho el Dr. Moltó, diciendo en español "fortalecer el desarrollo" y seguir la frase. Esto es perfectamente posible y absolutamente correcto.

The PRESIDENT: We have the amendment from Panama. I will ask the Delegate of Panama if he really wants to strengthen the development and develop the strengthening that is going on here in the assembly. We do have the amendment before us. Now is there any opposition to the amendment as presented by Panama? Then the amendment is carried as approved. Thank you.

Decision: The amendment was approved.

Decisión: Se aprueba la enmienda.

The PRESIDENT: With respect to Dr. Macedo's other comment, it would be my suggestion that we work from the English version and that the translation into the other languages be worked out from the original document. That probably would help us in other resolutions as well. We then have before us the amended resolution, and the only amendment that we have accepted is in paragraph 3, adding the word "promoting." Is there any objection to the amended resolution? There being none indicated, the amended resolution is adopted. Thank you, and may I thank on your behalf the working party that worked so diligently on these revisions.

Decision: The proposed resolution, as amended, was unanimously adopted.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución así enmendado.

Item 5.5: Andean Subregion, Joint Plan of Action

Tema 5.5: Subregión Andina, Plan de Acción Conjunto

The PRESIDENT: Perhaps we could now move on to the next proposed resolution, PR/9, entitled "Andean Subregion, Joint Plan of Action," and perhaps our Rapporteur would be so kind as to read out the proposed resolution.

El RELATOR: El texto del proyecto de resolución PR/9 es el siguiente:



THE XXII PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Having seen the document presented to the Conference on the Andean Subregion, Joint Plan of Action (Document CSP22/14);

Cognizant that health problems exist in the Andean area that are common to all the countries;

Considering that the governments of this area have established the Cartagena Agreement for the purpose of improving in the level of living of their inhabitants, and the Hipólito Unanue Agreement to help improve the level of health through coordinated subregional and intercountry measures;

Mindful of the meetings of the Ministers of the Andean area that have reiterated the necessity of optimizing the use of resources in the solution of priority problems;

Recognizing that initiatives have been going forward successfully in other subregions of the Region of the Americas, and that their experience could be useful in the Andean area; and

Cognizant that a first draft of the Joint Plan of Action for this subregion was presented to the Executive Committee, which viewed it with favor,

RESOLVES:

1. To support the formulation and execution of a joint plan of action for the Andean area.
2. To request the governments of the subregion to support this initiative, especially as it contributes to the mobilization of resources for the selected priority areas.
3. To request the Director of the Pan American Sanitary Bureau to support, in conjunction with the Hipólito Unanue Agreement, the efforts of the Member Countries, and to promote with other appropriate agencies the external cooperation needed to support the Joint Plan of Action.
4. To request the Director to report on progress to the next meeting of the Directing Council in 1987.

LA XXII CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Visto el informe presentado a la Conferencia sobre la Subregión Andina, Plan de Acción Conjunto (Documento CSP22/14);

Reconociendo que en el área andina se presentan algunos problemas de salud que son comunes a todos los países;

Considerando que los Gobiernos de esta área establecieron el Acuerdo de Cartagena para procurar un mejoramiento en el nivel de la vida de sus habitantes, y el Convenio Hipólito Unanue para contribuir a mejorar el nivel de salud, mediante acciones coordinadas de carácter subregional o interpaíses;

Consciente de las reuniones de los Ministros del área andina en las que se ha reiterado la necesidad de optimizar el uso de los recursos en la solución de los problemas prioritarios;

Reconociendo que en la Región de las Américas se han venido desarrollando con éxito iniciativas de carácter subregional, cuyas experiencias podrán ser útiles en otras áreas como la andina, y

Teniendo presente que al Comité Ejecutivo se le presentó un primer borrador del Plan de Acción Conjunto para esta subregión, el que fué visto favorablemente,

#### RESUELVE:

1. Apoyar la formulación y ejecución de un plan de acción conjunto para el área andina.

2. Solicitar a los Gobiernos de la subregión que le den respaldo a esta iniciativa, especialmente en cuanto contribuya a la movilización de recursos para las áreas prioritarias seleccionadas.

3. Pedir al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana que, con la participación del Convenio Hipólito Unanue, apoye los esfuerzos de los Países Miembros y que promueva con otras agencias pertinentes la cooperación externa necesaria en apoyo al Plan de Acción Conjunto.

4. Pedir al Director que informe sobre los progresos alcanzados en la próxima reunión del Consejo Directivo en 1987.

The PRESIDENT: Thank you. Any comments on the proposed resolution? Any objections to the proposed resolution? No objections being registered, the proposed resolution is approved. Thank you.

Decision: The proposed resolution was unanimously adopted.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución.

Item 5.7: Progress Made in the Use of TCDC/ECDC by Member Governments and the Organization

Tema 5.7: Adelantos logrados por los Gobiernos Miembros y la Organización mediante la CTPD/CEPD

The PRESIDENT: The next resolution is entitled "Technical Cooperation among Developing Countries," and again perhaps our Rapporteur would be so kind as to read the proposed resolution.

El RELATOR: El texto del proyecto de resolución PR/12 es el siguiente:

THE XXII PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

. Having considered the report presented by the Director on the progress made by the Member Countries in the use of technical and economic cooperation among developing countries (TCDC/ECDC) with the support of PAHO/WHO (Document CSP22/11);

Bearing in mind Resolution III of the XXX Meeting of the Directing Council (1984) and Resolution XXI of the XXXI Meeting of the Directing Council (1985) concerning the promotion of TCDC/ECDC in the health sector with collaboration of PAHO/WHO; and

Aware that it has become increasingly evident that one of the long-term strategies to overcome the effects of the economic crisis in the Region of the Americas and to promote self-reliance is the undertaking of collective and bilateral actions using the mechanism of TCDC/ECDC,

RESOLVES:

1. To urge Member Countries to take the necessary legal, financial, institutional and administrative steps to facilitate collective and bilateral actions using the mechanism of TCDC/ECDC to address the current problems undermining their socioeconomic development, particularly in the health sector.

2. To request Member Countries and the Director to continue, on a permanent basis, studying, monitoring and assessing the effectiveness of this mechanism for stimulating individual country and collective self-reliance in the health sector.

3. To request the Director to report periodically to the Governing Bodies on the progress achieved by the Member Countries and by the Organization in this area.

LA XXII CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Visto el informe presentado por el Director sobre la marcha de las actividades de los Países Miembros relativas al empleo de la cooperación técnica y económica entre los países en desarrollo (CTPD/CEPD) con apoyo de la OPS/OMS (Documento CSP22/11);

Teniendo en cuenta lo dispuesto en la Resolución III de la XXX Reunión del Consejo Directivo (1984) y la Resolución XXI de la XXXI Reunión del Consejo Directivo (1985) relativas a la promoción del CTPD/CEPD en el sector de salud con la colaboración de la OPS/OMS, y

Consciente de que cada día es más evidente que una de las estrategias que deben seguirse a largo plazo para vencer los efectos de la crisis económica en la Región de las Américas y fomentar la autorresponsabilidad es la realización de actividades colectivas y bilaterales por medio del mecanismo de la CTPD/CEPD,

RESUELVE:

1. Instar a los Países Miembros a tomar las medidas jurídicas, financieras, institucionales y administrativas necesarias para facilitar las actividades colectivas y bilaterales, empleando el mecanismo de la CTPD/CEPD para abordar los problemas actuales que minan su desarrollo socioeconómico, particularmente en el sector de salud.

2. Pedir a los Países Miembros y al Director que sigan estudiando, vigilando y evaluando en forma permanente la eficacia de este mecanismo para estimular la autorresponsabilidad de los países particular y colectivamente en el sector de salud.

3. Pedir al Director que comunique periódicamente a los Cuerpos Directivos los adelantos logrados por los Países Miembros y la Organización en ese campo.

The PRESIDENT: Gracias. Comments, observations, objections to the proposed resolution? There being none, the proposed resolution is adopted.

Decision: The proposed resolution was unanimously adopted.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución.

Item 5.8: Expanded Program on Immunization in the Americas

Tema 5.8: Programa Ampliado de Inmunización en las Américas

The PRESIDENT: The resolution PR/13 entitled Expanded Program on Immunization. Our Rapporteur, please.

El RELATOR: El texto del proyecto de resolución PR/13 es el siguiente:

THE XXII PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Having examined the Progress Report by the Director on the Expanded Program on Immunization (EPI) (Document CSP22/24) and its discussion by the 97th Meeting of the Executive Committee;

Noting the progress being made by the Member Countries and at the regional level following the decisions to accelerate EPI and adopt the Plan of Action for the Eradication of Indigenous Transmission of Wild Poliovirus from the Americas by 1990; and

Recognizing the efforts that have been made to secure the extrabudgetary funds necessary for the implementation of the program as called for in the Plan of Action,

RESOLVES:

1. To reaffirm the strong commitment of the Pan American Health Organization to the achievement of the goals of the Expanded Program on Immunization by 1990.

2. To express appreciation for the increased international support for EPI in the Americas, in particular the strong advocacy and financial support pledged by UNICEF, Rotary International, and most recently by the United States Agency for International Development to the Plan of Action for the Eradication of Indigenous Transmission of Wild Poliovirus.

3. To urge other multilateral, bilateral and nongovernmental organizations to offer their support to the program as suggested in the Plan of Action.

4. To urge Member Countries to strengthen their efforts in relation to the EPI in each country and seek the allocation of the necessary national resources for the achievement of the established goals.

5. To request the Director to continue the efforts of the Pan American Sanitary Bureau to obtain full funding for accelerating the EPI and for implementing the Plan of Action for the Eradication of Indigenous Transmission of Wild Poliovirus.

6. To congratulate the Director and all the agencies involved on the coordination achieved in support of the program.

LA XXII CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habida cuenta el informe presentado por el Director sobre la marcha de las actividades del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) (Documento CSP22/24) y de su discusión en la 97a Reunión del Comité Ejecutivo;

Considerando los adelantos alcanzados por los Países Miembros y a nivel regional con posterioridad a las decisiones adoptadas para acelerar el PAI y adoptar el Plan de Acción para la Erradicación de la Transmisión Autóctona del Virus Salvaje de la Poliomiélitis de las Américas en 1990, y

Reconociendo los esfuerzos hechos por conseguir los fondos extra-presupuestarios que se necesitan para ejecutar el programa, según lo dispuesto en el Plan de Acción,

## RESUELVE:

1. Reafirmar el firme compromiso de la Organización Panamericana de la Salud respecto del logro de las metas del Programa Ampliado de Inmunización en 1990.

2. Expresar aprecio por el creciente apoyo internacional prestado al PAI en las Américas, en particular, por la forma decisiva en que UNICEF, el Club Rotario Internacional y, más recientemente, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional han defendido y apoyado financieramente el Plan de Acción para la Erradicación de la Transmisión Autóctona del Virus Salvaje de la Poliomiélitis.

3. Instar a otros organismos multilaterales, bilaterales y no gubernamentales a ofrecer su apoyo al programa, como se recomendó en el Plan de Acción.

4. Instar a los Países Miembros a fortalecer sus actividades relativas al PAI en cada país y a buscar la asignación de los recursos nacionales necesarios para el logro de las metas establecidas.

5. Solicitar al Director que siga dirigiendo los esfuerzos de la Oficina Sanitaria Panamericana hacia la obtención de pleno financiamiento para acelerar el PAI y para poner en práctica el Plan de Acción para la Erradicación de la Transmisión Autóctona del Virus Salvaje de la Poliomiélitis.

6. Felicitar al Director y a todos los organismos participantes por la coordinación lograda en apoyo del programa.

The PRESIDENT: Thank you. I recognize the Delegate of Chile.

Dr. BORGÑO (Chile): Gracias, señor Presidente. Yo quisiera proponer una pequeña enmienda al párrafo 5 del proyecto de resolución, que no creo plantee muchas dificultades. Se trata de añadir al final del párrafo 5 de la parte dispositiva las palabras "e informe sobre el progreso del programa en la reunión del Consejo Directivo de 1988". Creo que es importante agregar esto, porque nos acercamos a 1990, que es la meta que nos hemos fijado, y convendría que el Consejo conociera en 1988 el estado de la situación. Por otra parte, en esa fecha la Organización contará con muchos datos de gran importancia para nosotros en ese momento. Muchas gracias.

The PRESIDENT: Thank you. Just for the Chair's benefit, could you read the additional words once again, please?

Dr. BORGÑO (Chile): Debe decir "e informe sobre el progreso del programa en la reunión del Consejo Directivo de 1988".

The PRESIDENT: Thank you. Is there any objection to the amendment as proposed by the Delegate of Chile? The Director, please.

Dr. GUERRA DE MACEDO (Director): No objection, Mr. President. Only to ask Dr. Borgoño if it would not be better to say "plan," not "program."

The PRESIDENT: Fine. We will accept that change. There being no objection to the amendment from the distinguished Delegate of Chile, the amendment is approved.

Decision: The amendment was approved.

Decisión: Se aprueba la enmienda.

The PRESIDENT: We are now discussing the amended proposed resolution before us. Any objections to the amended proposed resolution? No objections? The amended proposed resolution is adopted. Thank you.

Decision: The proposed resolution, as amended, was unanimously adopted.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución así enmendada.

Item 9: Aedes albopictus in the Americas

Tema 9: Aedes albopictus en las Américas

The PRESIDENT: We move onto the next proposed resolution, PR/15, on Aedes albopictus in the Americas. Perhaps the Rapporteur would be so kind as to read out that resolution, please.

El RELATOR: El texto del proyecto de resolución PR/15 dice así:

THE XXII PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Having considered the Director's report on the introduction and establishment of Aedes albopictus in two countries of the Hemisphere of the Americas (Document CSP22/INF/3);

Bearing in mind the multiple biological attributes which would qualify Aedes albopictus as an additional efficient vector of dengue, and possibly of yellow fever and some arboviral encephalitides in this Hemisphere;

Recognizing the imminent risk and urgent necessity to prevent its further spread, and to control or eliminate already existing infestations; and

Concerned by the deteriorating condition of existing country programs for the control or eradication of Aedes aegypti and the reinfestation of the Member Countries,

## RESOLVES:

1. To request Member Countries to take note of the seriousness of the problem and to support activities initiated by PAHO towards its solution.

2. To recommend to Member Countries that they initiate or continue the necessary actions for effective surveillance of Aedes albopictus and measures to prevent its further dissemination or to eradicate it, if possible;

3. To request the Director of the PASB to prepare a Plan of Action to combat Aedes albopictus in the Region of the Americas; to support the activities of Member Countries for early detection, surveillance and control of this vector; and to promote research necessary to improve control measures.

## LA XXII CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Visto el Informe del Director sobre la introducción y el establecimiento de Aedes albopictus en dos países del Hemisferio de las Américas (Documento CSP22/INF/3);

Teniendo en cuenta las múltiples características biológicas que harían de Aedes albopictus otro vector eficiente del dengue y quizá de la fiebre amarilla y algunas encefalitis arbovíricas en este Hemisferio;

Reconociendo el riesgo inminente de su propagación y la urgente necesidad de prevenir una de mayores proporciones y de controlar o eliminar las infestaciones ya existentes, y

Preocupada por el deterioro de los programas nacionales de control o erradicación de Aedes aegypti y la reinfestación de los Países Miembros,

## RESUELVE:

1. Solicitar a los Países Miembros que tomen nota de la gravedad del problema y apoyen las actividades iniciadas por la OPS para solucionarlo.

2. Recomendar a los Países Miembros que inicien o continúen las actividades necesarias para ejercer una vigilancia eficaz de Aedes albopictus y las medidas destinadas a prevenir su mayor propagación o a erradicarlo, si es posible.

3. Solicitar al Director de la OSP que prepare un plan de acción para combatir al vector Aedes albopictus en la Región de las Américas, apoyar las actividades de los Países Miembros destinadas a la detección precoz, la vigilancia y el control de este vector y fomentar las investigaciones necesarias para mejorar las medidas de control.



The PRESIDENT: Thank you. I now recognize the distinguished Delegate of Chile.

Dr. BORGÑO (Chile): Gracias, señor Presidente. Teniendo en cuenta el informe sobre el tema examinado en la sesión de la mañana, así como el debate que tuvo lugar, y para que la parte dispositiva concuerde más con el preámbulo de la resolución, yo quisiera sugerir como enmienda al párrafo 3 que se pusiera en términos un poco más agresivos, en el sentido de decir, "Urgir" al Director de la OSP que prepare un plan de acción; el resto de la frase seguiría siendo el mismo. Y después, al final de dicho párrafo, añadir "y que presente el plan al Comité Ejecutivo en su reunión de junio de 1987".

The PRESIDENT: Your amendment in English, then, will read "To urge the Director of PASB to inform and present a plan of action to combat Aedes albopictus in the Region of the Americas." Our problem with the word "inform" is: Whom would we have to inform?

Dr. BORGÑO (Chile): Para poder seguir la secuencia de la frase en español debe decir, "Urgir al Director de la OSP que prepare un plan de acción para combatir el vector Aedes albopictus en la Región de las Américas, apoyar las actividades destinadas a la detección precoz, la vigilancia y el control de este vector, y fomentar las investigaciones necesarias para manejar las medidas de control, y que presente este plan al Comité Ejecutivo en su reunión de junio de 1987".

Dr. GUERRA DE MACEDO (Director): "Y presentarlo".

Dr. BORGÑO (Chile): "Y presentarlo". I think we have it now. Thank you.

The PRESIDENT: Any objection to the amendment as presented? Any objection? Would you want the Rapporteur to read paragraph No. 3 prior to adoption, or are you satisfied that you now have the wording? I take it that everyone is satisfied. The amendment is approved.

Decision: The amendment was approved.

Decisión: Se aprueba la enmienda.

The PRESIDENT: We are now debating the amended proposed resolution. Any opposition, any objection? The amended proposed resolution is adopted.

Decision: The proposed resolution, as amended, was unanimously adopted.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución así enmendada.

The PRESIDENT: Thank you so much, Delegates, for your work and your help to the Chair on those resolutions.

STATEMENT BY THE OBSERVER FOR THE INTERNATIONAL COUNCIL OF WOMEN  
DECLARACION DE LA OBSERVADORA DEL CONSEJO INTERNACIONAL DE MUJERES

The PRESIDENT: We have a number of observers who have requested to be heard at this time, and first I would like to call on the Inter-American Council of Women.

Dr. WILLNER (Observer, International Council of Women): Thank you, Mr. President, for the opportunity to address this august assembly of Delegates. I am deeply grateful to you for it. I have no intention of being anything but brief. I wanted to introduce our organization to this body with the hope of establishing a basis for future cooperation in our common goal of achieving health for all by the year 2000. The International Council of Women (ICW) is the name of our organization. It is a nongovernmental organization, an umbrella organization of 75 national councils around the world, in all Regions, in all levels of development, directed toward the improvement of the status and condition of women and their families. It was one of the first NGOs to be recognized by the Economic and Social Council of the United Nations, where it enjoys the privilege of category 1 status. It is also officially represented in the United Nations Regional Commissions and specialized agencies. UNESCO, UNICEF, FAO, ILO and UNDP, among others, have frequently lent their support to the International Council of Women at the international, regional and national levels, in its projects, seminars, and workshops around the world.

In response to an inquiry sent from our headquarters in Paris to our member organizations in preparation for the Nairobi Conference, regarding the major concerns of their affiliates, the number one priority given was health. The activities of our member organizations cover a broad range in this area, from local activities in family planning, nutrition, work with the disabled, health care, and so on, to national level programs; they include implementation of programs on child survival and development, the Expanded Program on Immunization, provision of water and sanitation, even at country levels as in Kenya and Indonesia, where our national councils have worked with governments and with the specialized agencies to achieve these, and community development programs which encompass all of these activities.

In 1977, ICW organized the Regional Council of the Americas to bring together women in this Hemisphere to share their common experiences and concerns and to develop effective programs to deal with their common problems. The fourth session of the Regional Council of the Americas is to be held in Guatemala City from 24 to 28 November of this year. It has been repeatedly noted here and elsewhere that women are the major health providers and beneficiaries.

In your report on women, health and development, there is explicit recognition of the importance of strengthening their participation in the achievement of the goals and the strategies of health for all by the year

2000. We were extremely pleased to hear of the new joint initiatives of the Caribbean Community and of the Andean Community with PAHO, indicating the importance of collaborative efforts. Likewise, mobilization of woman power through support of regional NGO activities should be further encouraged.

The forthcoming regional meeting of the International Council of Women's regional organization, the Regional Council, offers an opportunity for women in this Hemisphere to share their common experiences, expand their resources and knowledge, and help in the efforts of PAHO in realizing its goal.

We urge the Delegates here assembled to make every effort to support their respective national councils in participating in the forthcoming meeting in Guatemala City. Where national councils are not yet established, support for the participation of women leaders as observers should be encouraged. We hope, in this participation of PAHO staff, to facilitate cooperation in the health area. We congratulate Dr. Guerra de Macedo on his well-deserved re-election, on his foresightedness and that of the PAHO members in supporting the work of the Women, Health and Development Committee, and the recognition of NGOs, specifically in the resolution adopted this afternoon.

PAHO can be assured of the support of the International Council of Women in all of its efforts. Thank you, Sir.

The PRESIDENT: Thank you so much for participating.

STATEMENT BY THE OBSERVER FOR CARICOM  
DECLARACION DE LA OBSERVADORA DE CARICOM

The PRESIDENT: May I now call on Mrs. Cropper, representing CARICOM.

Mrs. CROPPER (Observer, CARICOM): Thank you, Mr. President. I simply wanted to express appreciation on behalf of the Caribbean Community for the opportunity to participate in this meeting as an Observer. During the course of the meeting, there were many agenda items of quite considerable interest to the Caribbean Community, as manifested by the numerous interventions by delegations from the Caribbean.

We are especially encouraged by the resounding endorsement given to Caribbean Cooperation in Health. In the course of carrying out all mandates on behalf of the Caribbean Community in the development of health, we work very closely and intensively, perhaps almost on a daily basis, with the Secretariat of the Pan American Health Organization, and we expect that, in the process of carrying forward our programs in Caribbean Cooperation in Health, that interaction will be consolidated and further strengthened.

Finally, Mr. President, the Secretary-General of the Caribbean Community has asked me to convey his congratulations, his compliments, and his highest consideration to Dr. Macedo, as he embarks on a new term of office. Thank you.

The PRESIDENT: Thank you for your contribution. Colleagues, there are a number of announcements that our Secretary would like to make at this time.

The SECRETARY: Thank you, Mr. President. First, you will find in front of you string and an address form to fill out. I see some of you have already bound up your materials. Please bind up any material that you want sent by surface mail by the Secretariat, and indicate your address.

Second, I would like to announce that the closing session for this XXII Pan American Sanitary Conference will be held at 11:00 a.m. tomorrow morning in this room. At 9:00 a.m. tomorrow morning there will be the 98th Meeting of the Executive Committee, which will be held in Conference Room B. The Members again are Argentina, Bahamas, Brazil, Colombia, Ecuador, Honduras, Mexico, Saint Lucia, and the United States of America. However, all Member Countries are invited, those who are not Members of the Executive Committee, to attend as Observers, if you so choose. Thank you very much.

The PRESIDENT: Thank you Mr. Secretary. Mexico has indicated the desire to address the Conference.

Dr. QUIJANO (México): Muchas gracias, señor Presidente, solamente un breve comentario. Seguramente todas las delegaciones habrán encontrado en su mesa una invitación al Quinto Congreso Internacional de la Federación Mundial de Asociaciones de Salud Pública, que tendrá lugar del 22 al 27 de marzo de 1987, cuyo tema central será el reto que representa la salud internacional durante una época de dificultades económicas.

Creo que el programa ha sido bien estructurado y en él figura la dirección a la que se puede solicitar información, tanto en México como en Washington, a la Dra. Susi Kessler, y en el Canadá, al Sr. Gerald Dafau, Presidente del Comité Internacional de la Asociación de Salud Pública del Canadá.

Como dicha reunión tiene lugar entre dos fines de semana, se ha adjuntado--en todo caso, yo lo he encontrado en mi mesa--un pequeño folleto de turismo sobre lugares que se pueden visitar. Es de suponer que la Secretaría de Salud ha hecho todo lo posible por evitar, como diría yo, los eventuales inconvenientes de una contaminación inadecuada.

Por mi parte, me aventuro a decirles que, habiendo pagado nuestra cuota con el terremoto del año pasado por lo que se refiere a desastres naturales, pueden estar seguros de que no habrá ninguno. Muchas gracias, señor Presidente.

The PRESIDENT: Thank you for that invitation and also for your assurance. Your power is greater than some of us even dream of or take for ourselves, but thank you again. Colleagues thank you for your participation and your cooperation. This session of the XXII Conference stands adjourned.

The session rose at 5:50 p.m.  
Se levanta la sesión a las 5:50 p.m.

CLOSING SESSION  
SESION DE CLAUSURA

Saturday, 27 September 1986, at 11:00 a.m.  
Sábado, 27 de septiembre de 1986, a las 11:00 a.m.

President:  
Presidente:

Mr. Jake Epp

Canada

PRESENTATION AND SIGNATURE OF THE FINAL REPORT  
PRESENTACION Y FIRMA DEL INFORME FINAL

The PRESIDENT: Distinguished Delegates, ladies and gentlemen. Welcome to this our final session of the XXII Pan American Sanitary Conference. We have two items on our agenda this morning: one, the presentation and signature of the Final Report, and two, the closing of the Conference. I would like personally and, I am sure, on your behalf as well, to thank our Rapporteur, Dr. Carlos Miguez Barón of Uruguay, who has served both faithfully and very efficiently. I want to thank him and ask him to present the Final Report.

El RELATOR: Voy a dar lectura al Informe Final de la Conferencia.

The Rapporteur read out the preamble, the titles of the 25 resolutions, and the signature page of the Final Report of the Conference.

El Relator lee el preámbulo, los títulos de las 25 resoluciones y la página de firmas del Informe Final de la Conferencia.

The PRESIDENT: If there are no comments I shall ask the President of the Conference and the Director of the Bureau to sign the Final Report.

The Final Report was then signed by Mr. Jake Epp, President of the XXII Pan American Sanitary Conference, and by Dr. Carlyle Guerra de Macedo, Director of the Pan American Sanitary Bureau, Secretary ex officio of the Conference.

Seguidamente firman el Informe Final el Señor Jake Epp, Presidente de la XXII Conferencia Sanitaria Panamericana, y el Dr. Carlyle Guerra de Macedo, Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, Secretario ex officio de la Conferencia.

CLOSING OF THE CONFERENCE  
CLAUSURA DE LA CONFERENCIA

The PRESIDENT: Are there any comments that any Delegation would like to make before the closing of the Conference?

May I then, honorable Delegates, on your behalf, first thank Dr. Macedo for the exemplary work he has done on behalf of the Pan American Region, for his leadership, for his vision, and for his

dedication to health. May I also, on your behalf, congratulate him on his re-election to this most important post.

I also would like to thank Dr. Knouss, who has served so ably as Secretary, and, if I might be very familiar, in the Canadian tradition: Bob, my personal thanks and our collective thanks to you.

I also would like to express my respect and very best wishes to our Rapporteur. So often a Rapporteur has the duty of not only reading the resolutions, but making sure that those resolutions are accurate and that the wishes of the Conference are in fact reflected in the Final Report. Dr. Miguez Barón, gracias.

May I also thank the Secretariat. I am sure all of us, Ministers and other heads of Delegation, know that our work in the forefront is only successful because of men and women spending long periods of preparatory work, not only during the Conference but in between sessions, prior to the calling of the Conference and long hours during the time when the Conference is being held. And, if I might, Dr. Macedo, I would ask you to convey to your staff our thanks and best wishes. And lastly, and so importantly, I want to thank you, distinguished Delegates and members of Delegations, for your participation and for your leadership. We come from diverse backgrounds; we speak different languages; we represent different countries and different regions; we are products of different cultures; but we came together this week in Washington because of an overarching concern and responsibility, and the overarching priority was our desire to improve the living conditions and the health standards for the peoples of our respective countries and of our Region. And I am convinced that our work will advance that priority. I was asked during the Conference by a news reporter referring to the upcoming conferences relating to economic conditions internationally, whether any progress which could be seen as to health conditions, control of disease, and disease prevention would not be reversed in the world today. I indicated that the acceleration might not be as rapid in meeting those objectives as some had envisioned and indeed as all of us had hoped; but I was personally convinced, after having listened to Delegates at this Conference and being inspired by their dedication, that I could say with every assurance, given the men and women in this room, representing their governments and their people, that progress not only was being made but will continue to be made in the betterment of health for all. So I believe that the health of the peoples of the Americas, through your leadership, will show progress and marked success over disease and over hunger. We know that that priority is in the good hands of Dr. Macedo, and to every one of you my thanks for making my responsibility so enjoyable and my best wishes to all of you and, in Canada's other official language, bon voyage!

The XXII Conference of the Pan American Health Organization is adjourned.

The session rose at 11:50 a.m.  
Se levanta la sesión a las 11:50 a.m.

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.

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.

=====

=====

-----

-----