

**SEVENTH MEETING  
SÉPTIMA REUNIÓN**

Thursday, 29 September 2005, at 9:30 a.m.  
Jueves, 29 de septiembre de 2005, a las 9.30 a.m.

*President/Presidenta:*                      Dra. María Julia Muñoz                      Uruguay

ITEM 4.1:      PROPOSED PROGRAM BUDGET OF THE PAN AMERICAN  
HEALTH ORGANIZATION FOR THE FINANCIAL PERIOD 2006-  
2007 (*continuation*)

PUNTO 4.1:    PROYECTO DE PRESUPUESTO POR PROGRAMAS DE LA  
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD PARA EL  
EJERCICIO FINANCIERO 2006-2007 (*continuación*)

La PRESIDENTA anuncia que durante la pausa para el café proseguirán los encuentros informales para tratar de lograr una propuesta consensuada.

ITEM 4.9:      REPORT OF THE 14TH INTER-AMERICAN MEETING, AT THE  
MINISTERIAL LEVEL, ON HEALTH AND AGRICULTURE

PUNTO 4.9:    INFORME SOBRE LA 14.ª REUNIÓN INTERAMERICANA A NIVEL  
MINISTERIAL EN SALUD Y AGRICULTURA

La Srta. GIDI (Representante del Comité Ejecutivo) recuerda que en su 136.ª sesión el Comité Ejecutivo escuchó el informe sobre la 14.ª Reunión Interamericana a Nivel Ministerial en Salud y Agricultura (RIMSA), celebrada en México, D.F., el 21 y 22 de abril de 2005. La reunión, que convocó a un número de participantes sin precedente, se centró en la promoción de la sinergia entre los sectores sanitario y agropecuario y en el uso óptimo de los recursos para atender a los pueblos de las Américas y acelerar el proceso de desarrollo, sobre todo en el plano local.

Se dio respaldo, entre otras cosas, a un plan de acción para la erradicación de la fiebre aftosa y a otro en materia de inocuidad de los alimentos, y se pidió que se preparara un plan de acción para la eliminación de la rabia humana.

El Comité Ejecutivo subrayó la idoneidad de la RIMSA como foro para promover la coordinación entre los sectores sanitario y agropecuario, y como modelo para establecer relaciones con otros sectores. Esa colaboración intersectorial es crucial, y también lo es la planificación conjunta para abordar amenazas tales como la influenza aviar. Se destacó asimismo la importancia de la sinergia entre los sectores sanitario y agropecuario en las cuestiones relativas a la inocuidad de los alimentos.

Uno de los miembros alentó a la OPS a examinar la posibilidad de compartir los costos que suponen las actividades de PANAFTOSA con organizaciones más centradas en la salud animal, de conformidad con la resolución RIMSA14.R4. Se expresó cierta insatisfacción respecto de algunos aspectos logísticos.

Una delegación lamentó que no se hubiera asignado tiempo suficiente al debate general de las ponencias de tipo panel, ni al examen de los proyectos de resolución, que se hubiera utilizado en exceso las resoluciones para rendir informes sobre las deliberaciones mantenidas durante la reunión, y que se hubieran incorporado temas que no estaban en el programa y para los cuales los participantes no habían recibido suficientes documentos de antecedentes.

Propuso que en el futuro la RIMSA se dividiera en dos partes, una de tipo empresarial, en la cual se abordarían los asuntos que requerían la adopción de medidas por los Estados Miembros, y otra consistente en un debate en el que se presentarían las ponencias de tipo panel, incluido el análisis de dos o tres temas de interés general.

Ese mismo miembro expresó su consternación por que se hubiera aprobado una recomendación sobre el Reglamento Sanitario Internacional. Su Delegación consideraba muy inadecuada esa iniciativa, y entendía que había tenido un aspecto perturbador en la revisión del Reglamento, en particular habida cuenta de que se refería a un texto cuyo contenido ya había sido analizado y acordado por los Estados Miembros de la OMS. Se pidió un dictamen jurídico al respecto, y la Gerente de Área de Asuntos Jurídicos de la OPS, Dra. Heidi Jiménez, aclaró que las recomendaciones formuladas por órganos que no fueran los Cuerpos Directivos de la OPS no tenían carácter vinculante. El Comité Ejecutivo decidió no adoptar ninguna resolución al respecto.

El Dr. RUÍZ MATUS (México) afirma que la celebración de la 14.<sup>a</sup> RIMSA en México significó un espacio propicio para ratificar el compromiso con el fortalecimiento del sistema multilateral como vía estratégica para promover la cooperación y la estabilidad internacional. La presencia y las aportaciones de los ministros de salud y de agricultura del continente americano confirmaron la posibilidad de abordar los aspectos críticos del desarrollo y la seguridad humana desde una perspectiva multidimensional, así como la necesidad de trabajar a escala regional, mediante acciones colectivas concertadas, en la reducción de la transferencia transfronteriza de riesgos sanitarios.

Esta trascendente reunión representó claramente lo que debe ser la cooperación internacional en la era de la globalización, y sus participantes concurrieron con el propósito común de lograr los consensos que dieran a la OPS el mayor respaldo político posible para cumplir con el mandato de fortalecer la cooperación regional en materia de salud pública, salud veterinaria e inocuidad de los alimentos.

En ese sentido, México está consolidando la modernización de la actividad regulatoria para enfrentar con mayor eficacia los riesgos para la salud relacionados con la calidad e inocuidad de los alimentos, a la vez que presta atención especial a cuestiones tales como la contaminación del agua, el uso de plaguicidas y los efectos en la salud de los organismos genéticamente modificados, entre otros.

La salud y el estímulo al comercio, lejos de ser fines contrapuestos, son actividades que complementan una sinergia intrínseca. La garantía de una buena calidad de los alimentos, su inocuidad, genera confianza en los consumidores, y ésta es un motor de la actividad comercial de los productos agropecuarios.

Ms. VALDEZ (United States of America) said that the briefing for delegates on avian influenza had highlighted the increasing importance for health of the food and agriculture sectors. Intersectoral collaboration was crucial for food safety and the implementation of the International Health Regulations. The preparatory processes for RIMSA meetings should therefore be strengthened to ensure timely delivery of adequate documentation and appropriate vetting for the panel discussions.

All Member States should ensure that the meetings were attended by their ministers of health and agriculture. The United States had taken note of the discussions on the item at the June 2005 session of the Executive Committee, and commended the Director's renewed commitment to RIMSA.

O Dr. BARBOSA DA SILVA Jr. (Brasil) parabenizou ao México pela organização da RIMSA - uma excelente reunião – afirmando que esta ofereceu a possibilidade de construir um ambiente de diálogo e de integração entre as áreas de agricultura e da saúde. No México, ficou bastante claro o evidente relacionamento entre inocuidade de alimento - que tem tido uma agenda permanente - com saúde pública veterinária, zoonoses e doenças emergentes, cuja fonte são os animais.

Nos últimos anos, foram colocados novos temas na reunião, com elevadíssima relevância na agenda. Disse acreditar que por isso a RIMSA se fortalece como uma oportunidade única, para que os Ministérios de Agricultura e da Saúde trabalhem em conjunto pela saúde da Região.

La DIRECTORA expresa su agradecimiento por la generosidad, la hospitalidad y el alto compromiso político mostrados por México con ocasión de la 14.<sup>a</sup> RIMSA, factores que fueron fundamentales para el éxito logrado por la reunión.

ITEM 4.8: REGIONAL DECLARATION ON THE NEW ORIENTATIONS FOR  
PRIMARY HEALTH CARE  
PUNTO 4.8: DECLARACIÓN REGIONAL SOBRE LAS NUEVAS  
ORIENTACIONES DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

La PRESIDENTA explica que en el proyecto de declaración de las Américas sobre la renovación de la atención primaria de salud que figura en el documento CD46/13 se han incorporado las contribuciones y recomendaciones emanadas de las consultas nacionales y de la consulta regional celebrada en Montevideo en julio de 2005.

Esta última fue un elemento invaluable en la discusión del nuevo modelo de atención que se está implantando en Uruguay. Los conocimientos y la experiencia de los participantes fueron de gran ayuda al respecto, y se tiene el firme propósito de llevar a la práctica las recomendaciones de la consulta regional.

El Dr. GONZÁLEZ FERNÁNDEZ (Cuba) encomia la calidad del documento de referencia, que será de gran utilidad cuando haya que reorganizar los sistemas de salud basados en la atención primaria. La atención primaria de salud ha sido el eje transformador del sistema de salud cubano, y en estos momentos es objeto de una profunda transformación de alcance multisectorial.

Como ejemplo de esas transformaciones, el orador se refiere a la incorporación a la atención primaria de salud de servicios que antes se prestaban en los hospitales, lo que ha entrañado un importante esfuerzo de capacitación de profesionales técnicos y trabajadores de las instituciones de atención primaria y la modificación del proceso docente.

Respecto del proyecto de Declaración de las Américas sobre renovación de la atención primaria de salud, tras manifestar su acuerdo con él, propone que la primera oración del acápite III se sustituya por el texto siguiente: “Los sistemas de salud centrados en la atención individual, los enfoques curativos y el tratamiento de la enfermedad deben incluir acciones encaminadas hacia la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, e intervenciones basadas en la población para lograr la atención integral e integrada”.

El texto original podía dar a entender que la atención primaria tenía que limitarse a la promoción y la prevención, por lo que si la atención tiene que ser integrada hay que incluir acciones curativas, acciones preventivas y acción de promoción de salud.

Asimismo, propone que el acápite VIII, en la parte resolutive, quede redactado en los siguientes términos: “... Los Estados deben llevar a cabo las actividades necesarias para garantizar el financiamiento sostenible de los sistemas de salud, el proceso de

renovación de la atención primaria de salud y una respuesta adecuada frente a las necesidades sanitarias de la población, con el apoyo de los organismos internacionales de cooperación”. No se trata de que los Estados apoyen el financiamiento, como dice la redacción original de este acápite, sino de que garanticen el financiamiento de los sistemas de salud y de la atención primaria de salud.

El Dr. VIZZOTTI (Argentina) señala que, no obstante que el documento refleja las observaciones y recomendaciones propuestas por su país y consensuadas en Montevideo en la consulta regional, persisten algunos segmentos que confunden el concepto de estrategia de atención primaria de salud con el primer nivel de atención como puerta de entrada al sistema. Lo mismo ocurre con los principios y los elementos esenciales que deben regir el sistema de salud basado en la atención primaria.

Por ejemplo, no se distingue entre intersectorialidad, como principio, y acciones intersectoriales, como elemento. Asimismo, recuerda algunos aspectos que su país destacó en la consulta regional de Montevideo y que no han sido incluidos en el documento, entre otros, el enfoque de género, la interculturalidad, las prestaciones garantizables, el ambiente, la sostenibilidad financiera de los sistemas y la solidaridad de los organismos internacionales ante las crisis sociales en los países.

Respecto de la situación en su país, señala que la estrategia de atención primaria de salud ha sido revitalizada y se está aplicando como política de Estado. Resalta que la alianza estratégica de salud, ambiente, trabajo y educación fue establecida en el 45.º Consejo Directivo y reafirmada en la Declaración del Mar del Plata suscrita en junio de este año como mecanismo para establecer un programa intersectorial en el plan de acción tendiente a mejorar las condiciones de salud de los trabajadores en las Américas en pos del cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Por consiguiente, los recursos humanos de salud, en especial los que se desempeñan en la atención primaria, debieran ser incluidos y considerados con este enfoque en el documento.

Hon. Ann DAVID ANTOINE (Grenada) proposed that the draft Declaration should mention the provision of comprehensive health services for the working population, which totaled more than 50% of the hemispheric population. Provision of such services was a public health area that required greater attention in the context of the social dimension of the globalization and policy reform processes.

Moreover, curative services must go hand in hand with preventive and health promotion measures to ensure the continuing health and well-being of individuals at work, as agreed during the recent XVIIth World Congress on Safety and Health at Work and the 28th General Assembly of the International Social Security Association.

Since the Declaration of Alma-Ata, emphasis had been given to the need for primary health-care services to be located as close as possible to the places where people lived and worked, giving priority to high-risk populations. However, in Latin America and the Caribbean, only an estimated 5% to 10% of the work force had access to comprehensive health services that included prevention and promotion.

The situation was aggravated by the fact that the risks of work-related illnesses and accidents, including psychological effects, among workers in those regions were 10% to 20% higher than in developed countries. Of the 5 million work-related accidents occurring in Latin America and the Caribbean every year, some 140,000 were fatal, a daily toll of 380 deaths. Furthermore, the resulting economic losses represented 9% to 12% of gross domestic product. Member States had a responsibility to try to improve the situation.

The action taken by the Directing Council at its 45th Session concerning the strategic alliance of health and labor sectors in the Americas and in the preparatory meeting of the Ministers of Health and Environment of the IV Summit of the Americas (Decision CD45(D1)), and reaffirmed through the draft Mar del Plata Declaration, concerning a mechanism to establish an intersectoral agenda and a synergistic action plan for improvement of the health and safety conditions of workers in the Americas, was crucial for the advancement and fulfillment of the Summit of the Americas and the Millennium Development Goals.

Stakeholders had been invited to support the strategic alliance and the objectives had been set; there was now a need for commitment by the Organization of American States, PAHO, and others. Human and financial resources must be made available for: the development of communication technologies to maximize data collection and analysis, dissemination of information, awareness-raising, and educational activities; multisectoral networking across agencies and institutions to address the complexities of the situation; promotion and strengthening of horizontal technical cooperation, including the sharing of good practices; and support for PAHO in its function as the technical secretariat of the strategic alliance.

Those activities were consistent with the draft Declaration of the Americas on the Renewal of Primary Health Care, in particular Sections III, IV, and V (Document CD46/13, Annex B). Various discussions during the current session had included reference to collaboration and environmental measures to protect against risks to health, and those aspects might usefully be included in the draft Declaration of the IV Summit of the Americas.

Mme VALENTINI (Canada) souligne que les soins de santé primaire (SSP) constituent la base du système de santé. Ils assurent la coordination et l'intégration de

l'ensemble des soins de santé et jouent un rôle essentiel dans la promotion et l'amélioration de la santé de la population. Le secteur de la santé primaire doit également entretenir des liens avec le secteur des services sociaux et collaborer avec d'autres secteurs du système de santé pour aider le gouvernement à déterminer les priorités en matière de santé.

La majeure partie du contenu de la Déclaration régionale rejoint l'orientation actuelle de la réforme des SSP au Canada : importance de la promotion de la santé, recherche et échange de pratiques exemplaires, participation communautaire et liens intersectoriels et, surtout, rôle centrale des ressources humaines en santé. En outre, la surveillance continue de l'évaluation, l'élaboration et la mise en œuvre des technologies comme le dossier de santé électronique, la prescription électronique et la télé-santé sont des éléments importants du cadre de renouvellement des SSP au Canada.

Au Canada, une attention toute particulière est prêtée à la création des équipes multidisciplinaires, à la prise en charge des maladies chroniques et à l'élaboration de modèles adaptés aux besoins des communautés locales, y compris l'accès aux services pour les membres des communautés locales et rurales et des communautés éloignées, ainsi que pour les groupes linguistiques minoritaires ou les populations à risques. Le Canada est très heureux de voir que la Déclaration régionale met l'accent sur la promotion et la qualité des soins.

À titre d'exemple, le Québec vit actuellement une réforme majeure, motivée par les mêmes raisons que celles indiquées dans la Déclaration régionale et qui rejoint les grandes orientations des nouvelles orientations des SSP. Le but de cette réforme est de rapprocher les services de santé et les services sociaux de la population et se traduit depuis juin 2004 par la création de 95 réseaux locaux de santé et services sociaux qui devront assurer l'accessibilité, la continuité et la qualité des services destinés à la population d'un territoire local.

Cette réforme est fondée sur deux principes intégrateurs : la responsabilité populationnelle et la hiérarchisation des services. La responsabilité populationnelle engage tous les intervenants d'un territoire, c'est-à-dire les groupes de médecins de famille, les professionnels des établissements, les organismes communautaires et les contributeurs intersectoriels, à partager collectivement une responsabilité à l'égard de la population, à répondre à ses besoins grâce à des modes de prestation adaptés, articulés entre eux et englobant l'ensemble des interventions, que ce soit la promotion de la prévention, le diagnostic, le traitement, la réadaptation ou le soutien à l'intégration sociale.

La hiérarchisation des services implique d'améliorer la complémentarité pour faciliter le cheminement des personnes entre les différents niveaux de services suivant

des mécanismes de référence entre les dispensateurs, soit au niveau du territoire lui-même, soit au niveau de la région.

Cette réforme est extrêmement stimulante et très prometteuse mais très complexe car un tel changement exige une évolution complète des cultures qui touche autant l'organisation que les acteurs qui y sont associés.

Elle requiert des besoins importants de formation que le Canada partage très certainement avec l'ensemble des systèmes de santé engagés dans ce type de réforme, qu'on parle de formation en matière d'approche populationnelle, de planification locale des services fondés sur la connaissance et la surveillance de l'état de santé de la population, de l'intégration de la promotion et de la prévention dans un continuum de services du travail multidisciplinaire, des processus d'évaluation d'impact et de la qualité des services, etc...

Les SSP seront à l'image des ressources humaines du Canada, celles-ci doivent donc être au cœur des préoccupations. La Déclaration régionale est un document qui arrive à point si on en juge par les efforts actuellement déployés par de nombreuses nations dans le but de renouveler les SSP. Le Canada appuie l'orientation de la Déclaration régionale et recommande à tous les pays de faire de même.

Le Dr BIJOU (Haïti) félicite l'Organisation panaméricaine de la Santé d'avoir pris l'initiative de faire revivre les soins de santé primaire qui ont fait leurs preuves dans tous les pays, y compris en Haïti. Malgré l'état des indicateurs, le pays a fait du chemin.

Au moment de l'objectif « Santé pour tous » et de la déclaration d'Alma-Ata, en 1978, la mortalité maternelle était de l'ordre de 1 000 à 1 800 pour 100 000 naissances vivantes. Grâce à la gratuité des soins de santé primaire, ce taux de mortalité est passé à 457 pour 100 000 naissances vivantes. C'était un acquis. La mortalité infantile oscillait aux environs de 200 alors qu'en 1995 elle était de l'ordre de 74.

Durant les 15 dernières années, le pays a connu des bouleversements socio-politiques avec une aggravation des indicateurs. C'est pourquoi Haïti accueille vraiment l'idée de faire revivre les soins de santé primaire. Aujourd'hui ces soins font partie intégrante de la politique nationale de santé. Le plan stratégique 2003-2008 a été actualisé pour intégrer l'axe de la promotion de la santé et faire revivre de façon claire et nette les SSP. Ces SSP vont permettre d'étendre les différentes actions au niveau de l'ensemble de la population.

Un système trop médicalisé avait conduit en quelque sorte à une situation d'iniquité. Grâce aux SSP et une bonne participation de la population, l'équité pourra vraiment être respectée. Comme la délégation cubaine, le Dr Bijou a certaines remarques



qu'elle fera parvenir par écrit. Mais, en attendant, elle accueille avec beaucoup de satisfaction le document sur les SSP.

Ms. SALDANA (United States of America) said that the Declaration of Alma-Ata was a cornerstone for the important goal of renewal of primary health care in the Americas. Action to improve health systems should take into account the current international development context, the current status of most of the health systems and public health infrastructures in the Region, and other recent global efforts. Member States should explore ways of strengthening broader health systems through integration with disease-specific programs.

The renewal of primary health care should be action-oriented, and the Secretariat should therefore focus on specific, evidence-based interventions that could have a measurable effect on health outcomes and result in a marked improvement in health status in the efficiency and effectiveness of health delivery systems, and in access to health care services.

The United States was pleased to see that some of its suggestions had been taken into account in improving the strategic and programmatic orientations for the renewal of primary health care in the Americas. However, greater emphasis could have been given to the participation of the private sector, which could make a useful contribution to the strengthening of primary health care systems; the Secretariat should engage all relevant stakeholders. The United States supported the draft Declaration.

El Dr. DULLAK PEÑA (Paraguay) dice que la atención primaria de salud, desde su concepción en los años setenta y desde la Declaración de Alma-Ata, ha sido un motor de los cambios estructurales y de concepción de la salud pública. Paraguay ha sido fuertemente influenciado, y desde su difusión el concepto de la atención primaria de salud y de los sistemas locales de salud ha permeado la política, los planes y las estrategias de salud del país.

Aun en el periodo de gobierno centralizado, la atención primaria de salud ha permitido iniciar los procesos de participación social y comunitaria en el nivel local, y la programación local en salud ha influido en los nuevos mecanismos de presupuestación por programas. Habida cuenta de las experiencias al respecto en la mayoría de los países de la Región, y de que se han cumplido 25 años de la Declaración de Alma-Ata, es pertinente renovar las orientaciones de las estrategias para adecuarlas a las nuevas realidades que estamos viviendo. Por estos motivos, Paraguay apoya decididamente esta declaración regional sobre las nuevas orientaciones de la atención primaria de salud.

Hon. Damian GREAVES (Saint Lucia), commending Document CD46/13, said that primary health care was a key component for effective health systems and the

attainment of health goals. The proposed core set of values, principles, and elements provided a useful framework for improving primary health care, and Saint Lucia would like to be in a position to be able to implement all the recommendations.

The deinstitutionalization of mental health services, with a move towards a community-based approach, was an important factor in primary health care renewal; and PAHO's support for the assessment and revision of mental health legislation in the Caribbean countries was therefore greatly appreciated. PAHO's progress report on family health was encouraging.

It was essential to ensure that the Caribbean countries and the CARICOM Secretariat were included in technical consultations, which currently appeared to focus on Latin America. In Saint Lucia, special attention should be given to HIV/AIDS, in particular, voluntary counseling and testing, and to the inclusion of noncommunicable diseases in primary health care. A pilot initiative in Barbados on strengthening primary health care as a response to noncommunicable diseases had resulted in significant improvements in adherence to medication and control of diabetes and hypertension.

The specific challenges for Caribbean countries included their limited human and financial resources and migration of qualified health personnel, especially nurses; some 200 nurses left the region annually, representing a loss of around US\$ 20 million. Moreover, the logistical challenges arising because of the many small islands or extensive rural hinterland affected countries' ability to provide universal coverage of and equitable access to the health system.

The economies of all Caribbean countries were under pressure, yet efforts to mobilize resources, for example from the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis, and Malaria, were frequently hampered by the relatively high gross domestic product. The high human development index was also a factor, although, as pointed out earlier, many educated CARICOM nationals migrated to the developed countries. In that context, it was surprising that Caribbean nationals remained underrepresented on PAHO's staff, a matter noted in the report of the Internal Auditor: it was to be hoped that the situation would improve in the future.

Saint Lucia looked forward to implementing the activities needed for the renewal of primary health care in partnership with PAHO.

La Dra. SÁENZ MADRIGAL (Costa Rica) acoge con beneplácito la declaración, destaca la importancia del proceso que la precedió, y reconoce que la Región ha hecho progresos significativos en materia de atención primaria, si bien los perfiles epidemiológicos suelen estar muy polarizados hacia las enfermedades crónicas. Con

miras a resolver problemas antiguos y problemas nuevos, considera positiva la reorientación planteada.

O Dr. BARBOSA DA SILVA Jr. (Brasil) cumprimentou a Diretora e todos os Membros da OPAS e aos consultores externos que conseguiram reunir nesse documento os resultados de um rico processo de consulta em que, praticamente, todos os países da região tiveram a participação muito ativa.

O Brasil teve a honra de sediar em Dezembro de 2003 um seminário comemorando os 25 anos da Declaração de Alma-Ata. Nesse seminário que contou, inclusive, com a participação do Diretor Geral da Organização Mundial de Saúde, o país reafirmou seu compromisso com a atenção primária da saúde como principal ferramenta para a reorganização do seu sistema nacional de saúde, a fim de torná-lo, realmente, em um sistema universal, que promova a equidade e, também, uma atenção integral à saúde da população.

Afirmou que seu país acredita que a renovação da atenção primária da saúde, o enfoque de entendê-la como uma estratégia de reorientação dos sistemas de saúde pode ser amplamente utilizada em nossa Região, para reduzir as diferenças que ainda existem no acesso aos serviços de saúde. A tecnologia disponível e ações de prevenção e de promoção podem reduzir amplamente as doenças e mortes plenamente evitáveis.

Informou que o Brasil tem feito um grande esforço de ampliação do acesso, baseado em atenção primária de saúde. Tem um programa denominado Programa de Saúde da Família que cobre hoje cerca de 100 milhões de brasileiros. Menciona um estudo, realizado recentemente, para explicar as causas da redução da mortalidade infantil, obtida na última década, principalmente, nas regiões mais pobres do Brasil.

Na região Nordeste, a cobertura com equipes de saúde da família, ao lado da alfabetização da mãe foram os dois fatores que explicavam a maior parte da redução da mortalidade infantil. Isto foi extremamente importante para o país, não apenas por ser muito benéfico, mas pelas evidências técnicas e estatísticas, que comprovam que uma atenção primária renovada, de enfoque amplo para atender às atuais necessidades demográficas e epidemiológicas, pode ser capaz de reduzir amplamente doenças e mortes em toda a população.

El Dr. CASTELLANOS (Puerto Rico) dice que su país reconoce que la Declaración cumple con el mandato del Consejo Directivo y con las inquietudes planteadas anteriormente en ese foro. Así, para mantener la integridad de los servicios, la Organización debe tomar en consideración los programas con que cuenta y proyectarlos a la atención primaria de salud. Considera muy importante que se siga prestando apoyo a la

capacitación de personal de salud para la atención primaria, y recuerda que el próximo Día Mundial de la Salud estará dedicado a los recursos humanos.

Generalmente, las reformas que no han dado importancia al desarrollo de los recursos humanos, no han sido efectivas. Su país tiene una larga tradición en el campo de la atención primaria de salud, con una primera fase de regionalización de la salud, y una segunda fase centrada en la salud familiar y comunitaria.

A partir de 1993 se sigue el modelo basado en el seguro médico por conducto de aseguradoras privadas. En la actualidad, se mantiene la política pública de la atención primaria de salud, con el enfoque en la prevención y el cuidado coordinado.

El Dr. GARCÍA (Chile) encomia el sólido contenido y las útiles referencias bibliográficas que se incluyen en el documento CD46/13. Considera que en el futuro podrían citarse más ejemplos de experiencias regionales o locales. Su país tiene una larga experiencia en materia de atención primaria, aspecto al que se concede gran importancia en la reforma de salud en curso y al que se destina 30,9% del presupuesto de los servicios de salud, más del doble que en el decenio anterior.

La estrategia de atención primaria se basa en un enfoque familiar, motivo por el cual su país está ansioso por conocer los resultados de la Segunda Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar, que se realizará próximamente en Santiago y a la cual invita a los presentes.

Considera que las nuevas tecnologías de la información son útiles para vincular mejor las poblaciones a la atención primaria y para evaluar mejor los resultados y el grado de satisfacción de los usuarios. La OPS debería vigilar y difundir las mejores prácticas que tienen lugar en la Región a modo de ejemplo, y rescatar experiencias positivas del pasado para aplicarlas en el ámbito local y nacional en países con distinto grado de desarrollo.

Por último, destaca que es necesario recordar la Declaración de Alma-Ata, que está siempre presente en la rehabilitación del concepto de atención primaria de salud como elemento básico de la conservación de las respectivas comunidades en un estado de salud adecuado.

Dr. WINT (Jamaica) commented that renewal of primary health care was essential, in view of the epidemiological changes that had taken place over the past 25 years and the countries' commitment to achieving the Millennium Development Goals. His country had completed its national consultation on renewing primary health care and supported the draft declaration. He welcomed in particular the call for

reorientation of health systems to give greater emphasis to health promotion and integrated care.

Like Grenada, he underlined the importance of intersectoral collaboration and drew attention to the opportunity for improving health in the workplace. A number of speakers had referred to the strengthening of human resources. In his country, many staff who had been trained for primary health care had subsequently been reallocated to other duties; their jobs were now being redefined and they were receiving new training. He also commended inclusion in the draft declaration of a call for research and development and identification of appropriate technology.

El Dr. SOLARI (Observador, Banco Interamericano de Desarrollo) destaca los grandes progresos realizados en materia de salud en la Región durante los 25 años siguientes a la Declaración de Alma-Ata, particularmente en América Latina y el Caribe, y subraya que desde entonces se han ganado 10 años en esperanza de vida. No todo se debe al funcionamiento del sector de la salud, pero ciertamente, la estrategia de atención primaria y su adopción por parte de los países tuvo que ver en la mejora de la situación sanitaria.

Sin embargo, sigue habiendo desigualdades muy importantes en el acceso a los servicios y en la situación de la salud en función de los distintos niveles de ingresos, y los quintiles de ingresos más bajos no sólo tienen un estado de salud inferior, sino que tienen menor acceso a los servicios.

El BID no pudo participar en la sesión de consulta celebrada en Uruguay, pero sí lo hizo junto con la OPS en la revisión de la Declaración. En la misma se reafirma un compromiso que ha sido de utilidad para la Región y en cierta forma refleja la acción del Banco en materia de salud. Todos los proyectos de salud de su institución tienen un componente importante de servicios de primer nivel de atención en el enfoque de la atención primaria de salud.

Tratándose de proyectos de emergencia social o de fortalecimiento de la red de protección social, el Banco pone el acento en el mantenimiento del gasto público en los servicios más básicos. No encuentra motivos conceptuales ni operativos que le impidan apoyar la Declaración; sin embargo, señala a la atención que entre 35 y 40% del gasto en salud en los países de la Región proviene de desembolsos directos de los usuarios, esto es, de los hogares más pobres que acceden a los servicios más básicos. Así pues, se ha de avanzar en la promoción de los servicios básicos dentro de un enfoque de estrategia de atención primaria de salud.

Es preciso mejorar con urgencia la coordinación entre las políticas públicas dirigidas a prevenir factores de riesgo, factores que van cambiando a medida que va

transformándose el perfil epidemiológico de los países. En la nueva estrategia de salud del Banco, que se está formulando y se aprobará en el transcurso del año, se prevé continuar ayudando a los países a mejorar la situación de salud en forma más equitativa, dando prioridad a los hogares más pobres, de conformidad con la estrategia de atención primaria que se respalda en la Declaración.

El Dr. LIRA (Venezuela) expresa la conformidad de su país con la Declaración, y exhorta a la OPS a realizar un seguimiento del compromiso contraído por los países y evitar que suceda lo mismo que con otros elementos importantes de la Declaración de Alma-Ata, en la cual se considera prioritaria la estrategia de atención primaria de salud. Muchos países que la suscribieron, en la práctica privilegiaron políticas neoliberales privatizadoras del sector sanitario.

El actual gobierno de su país ha incrementado su inversión en salud del 1,8 al 7% de su producto interior bruto, y desde el año 2000 tiene en marcha, con la colaboración de Cuba, una estrategia para dar realce y consolidar la atención primaria de salud en aras del bienestar de toda la ciudadanía, y de un mejor acceso al sistema de salud. A partir de 1999, la Constitución establece el derecho a la salud como un derecho social fundamental, con el cual no se debe comerciar. En la nueva ley de salud, que actualmente se está debatiendo en el Congreso, se trata de recoger el espíritu de gratuidad del derecho a la salud.

El orador se felicita que en el documento se recojan los principios de universalidad, justicia social y equidad, e indica que también hubiera sido idóneo que figurara el principio de la gratuidad, factor que pone de manifiesto la responsabilidad de un Estado para con sus ciudadanos por lo que respecta a garantizar el derecho a la salud.

En tal sentido, detalla las mejoras introducidas en los últimos dos años en su país, que han dado lugar a la ampliación de la red de atención primaria, y describe las ventajas añadidas que ha suscitado dicha ampliación en cuanto a la identificación de ciudadanos indocumentados y sin alfabetizar.

Subraya nuevamente la cooperación que mantiene con Cuba en este ámbito, así como las mejoras introducidas en materia de alta tecnología sanitaria, y expresa su deseo de que cada vez más países trabajen en pro de la integración de toda la población, de conformidad con la Declaración de Alma-Ata.

El Dr. LAWSON (Panamá) indica que la conceptualización estratégica de la atención primaria de salud en su país ha permitido el acceso universal de la población a los servicios de salud en todos sus niveles. Por lo tanto, apoya la declaración regional, ya que se basa en un concepto estratégico de la atención primaria.

El Dr. VIZZOTTI (Argentina) informa de que, en ocasión de la consulta regional de Montevideo, su país solicitó formalmente que la declaración que se adjunta al documento como anexo B se denominara “Acta o Declaración de Montevideo”, en reconocimiento a la República Oriental de Uruguay como país anfitrión del lugar donde se llevó a cabo la consulta regional.

Ms. OULTON (Observer, International Council of Nurses) commended PAHO’s recognition in its publication *Nursing in the Americas* of the low ratio of nurses to population in the Region, which was a first approach to tackling issues of staffing and patient safety.

Document CD46/13 clearly identified professional associations as natural supporters of the renewal of primary health care: nurses were critical to the success of health systems based on that principle and to universal access to health. With proper investments in nursing and midwifery at the country level and in the Regional Office, nurses could be an effective force in improving health.

Nursing resources in the Region faced serious challenges, and action must be taken by PAHO, governments, training institutions, and funding agencies to address the limited involvement of nurses in policy- and decision-making, the shortage and unequal distribution of nurses, their migration, poor employment and working conditions, and reorientation of nursing education towards primary health care. The renewal of primary health care would depend on the availability of well-educated, well-motivated, properly compensated nurses at regional and country levels.

Given the essential role of nurses for the effective delivery of health systems, she asked what steps PAHO would take to increase the number of nurses in priority program areas and what actions the Organization would take to strengthen the role of nurses in implementation of primary health care in the Region.

El Dr. MONTENEGRO (OPS) señala que el documento de posición que se está tratando debe ser flexible y adaptable a fin de que pueda ser utilizado por todos los países de la Región y pueda aplicarse a los diferentes programas del sector de la salud. La atención primaria de salud tiene que ser vista dentro del nivel de recursos que tiene cada país.

En el documento se ha procurado diferenciar entre la atención primaria de salud como primer nivel de atención y la atención primaria de salud como una estrategia o aproximación. Se realizará una nueva revisión de él a fin de incorporar algunos elementos relacionados con el trabajo intersectorial y poner mayor énfasis en el enfoque de género y el enfoque intercultural.

Partiendo de los principios establecidos en la Declaración de Alma-Ata y el consenso aquí logrado acerca del establecimiento de sistemas de salud basados en la atención primaria, debemos medir los avances, identificar las mejores prácticas y promover el intercambio sistemático de experiencias.

Manifiesta su acuerdo con los comentarios de Cuba y señala que las observaciones de Argentina se tomarán en cuenta durante la revisión final del documento. Asimismo, debemos trabajar con todos los profesionales del sector de la salud en el desarrollo de las competencias necesarias para establecer sistemas de salud basados en la atención primaria, dependiendo, entre otros, de los recursos disponibles que tenga cada país.

Con respecto al comentario del Banco Interamericano de Desarrollo, indica que el documento plantea que los desembolsos directos del usuario o “gastos de bolsillo” no deben ser regresivos, ni impedir el acceso a los servicios de salud.

El Dr. SANDOVAL CÓRDOBA (Ecuador) sugiere que en el enunciado inicial de los compromisos, después de la frase “Abogar por la integración de los principios de la atención primaria de salud”, se agregue el texto siguiente: “en el desarrollo de los sistemas nacionales de salud”. Al final del mismo párrafo considera importante añadir las palabras siguientes: “establecer tiempos o plazos para la formulación del plan de acción y señalar criterios para su evaluación”.

La PRESIDENTA informa de que la Secretaría incorporará en el texto los comentarios de los Estados Miembros para ser distribuidos y considerados en una reunión subsiguiente.

ITEM 4.14: COUNTRY-FOCUSED COOPERATION AND NATIONAL HEALTH DEVELOPMENT

PUNTO 4.14: LA COOPERACIÓN CENTRADA EN LOS PAÍSES Y EL DESARROLLO NACIONAL DE LA SALUD

Ms. GIDI (Representative of the Executive Committee), introducing the item, said that it had been discussed by the Executive Committee at its 136th Session in June 2005 after a presentation by Dr. Brito, Manager of the Area of Strategic Health Development. Dr. Brito had presented an overview of PAHO’s approach to country-focused cooperation and its use of the country cooperation strategy (CCS), in order to accelerate national health development. He had explained that the CCS was the methodological instrument for making the country-focused approach operational.



It was both a methodology for assessing the current level of national health development and an instrument for programming technical cooperation in the medium term. Application of the CCS led to the construction of a medium-range vision for the action of the Organization with each Member State over a period of four to six years. The CCS approach also enabled PAHO to align its technical cooperation with that of other development partners working in the country.

The Committee had expressed support for the overall goals of the country-focused cooperation initiative but had pointed out that each country must be convinced of the value added of the CCS exercise, given the human resources commitment that it required.

It had been suggested that one of the basic difficulties in coordinating cooperation was that countries had differing programming and budgeting schedules. In addition, there was sometimes resistance to a coordinated approach, either from the various cooperation agencies or from the recipient countries.

Members had emphasized that interagency coordination would be very difficult to achieve if the countries themselves did not fully assume responsibility for the coordination of technical cooperation, based on clear plans, programs, and policies for national development.

They had welcomed the inclusion of gender among the determinants of health identified in the document, of up-to-date information on the process followed in the CCS exercise, and of a chart showing the main components of the resulting agenda for the countries that had already undertaken the process. However, some delegates had felt that the terminology used in the document was confusing and had asked for clarification of the difference between the Country Cooperation Strategy and country-focused technical cooperation.

The Committee had requested further information about the significant amount of money allocated in the budget document to the CCS exercise, noting that it differed from the figures provided for operation of the country offices. It had also asked for a cost estimate of the various components of the CCS exercise, including both monetary and human resource costs.

It had reiterated a suggestion by the Subcommittee on Planning and Programming, that PAHO should mount a web page dedicated to CCS to provide regular updates on the process and outcomes. Information had been requested on how the CCS undertakings at the PAHO level and at WHO were being harmonized. The Committee did not consider it necessary to adopt a resolution on the item.

Mr. PREVISICH (Canada) said that the financial information given in the information document (CD46/INF/4) provided a clear understanding of the process but also gave rise to questions. Canada wished to know whether the cost of missions to countries was comparable to the cost incurred during other WHO-led CCS initiatives and what, if any, resources had been spent by the countries themselves in order to help fulfill the CCS process.

It was pleased to see the inclusion of information on the stages of the CCS exercise and was particularly interested in the chart outlining the key agendas for work in those countries which had already undertaken a CCS exercise. It would be interested to know whether countries that had been through the process had found the experience useful, and whether they had recommendations for other countries on how best to prepare for the process in terms of human and financial resource needs.

La Dra. SÁENZ MADRIGAL (Costa Rica) formula varias recomendaciones con respecto a los pasos a seguir tras la elaboración de una estrategia de cooperación. Es necesario procurar alcanzar un compromiso político que trascienda los períodos de gobierno, ya que se trata de una estrategia de cooperación de mediano plazo. Esto puede lograrse vinculando la estrategia con los compromisos internacionales, como por ejemplo los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Debe fortalecerse la capacidad humana e institucional para sacar mayor provecho de la cooperación internacional y aumentar su eficacia. Una vez el país cuenta con una estrategia de cooperación en materia sanitaria, es importante confrontar esa estrategia con los recursos de que dispone a nivel de país.

La elaboración de la estrategia de cooperación en Costa Rica formó parte de un proceso previo más amplio que abarcó un análisis del sector de la salud, la formulación de las políticas públicas pertinentes y el desarrollo de un plan sanitario concertado. Por consiguiente, los costos de elaboración de la estrategia fueron básicamente de movilización de recursos humanos y no hubo costos adicionales.

Hon. Dr. Leslie RAMSAMMY (Guyana) said that in spite of the great efforts made by countries and PAHO/WHO, there were still great inequities in health status among countries. While some countries were well on track to achieving the Millennium Development Goals, others faced great challenges if they were to meet their obligations by 2015. There was clearly a need for a strategy that fostered enhanced collective responsibility and identified countries in greatest need for more assistance. WHO's country focus strategy was relevant in that regard.

PAHO's involvement in countries should be informed by the needs of the countries, not by trying to impose parallel programs implemented separately from their

national health plans. The country cooperation strategy was intended to ensure that PAHO was involved in countries as a partner to develop and implement national programs that addressed inequities and improved chances of attaining the Millennium Development Goals. It was also intended to enhance coordination of technical cooperation between countries.

Diligent work by the Ministry of Health of Guyana and PAHO had resulted in Guyana being one of the first countries to develop and implement a CCS. In response to the call of the Delegate of Canada for countries to share their experiences, he wished to describe some of the strategies within the CCS for Guyana.

One strategic direction was reducing excess mortality, morbidity and disability, especially in poor and marginalized populations. One of the most vulnerable populations in his country, as in others, was indigenous peoples. Many lived in remote areas, where the health infrastructure was weak. Indeed, PAHO should consider including the health of indigenous people in its program for the 47th Directing Council.

Other strategic directions were promoting healthy lifestyles and reducing risk factors to human health from the environment and economic, social, and behavioral causes; developing health systems that equitably improved health outcomes, responded to people's legitimate demands, and were financially fair; framing an enabling policy; and creating an institutional environment for the health sector.

The CSS program had already resulted in several health outcomes. PAHO had become the secretariat for the implementation of the poverty reduction strategy. There had been a unique collaboration between PAHO and the Ministry of Health in developing a single program: PAHO staff were helping to implement the national plan, instead of working on a parallel program independently of the Ministry of Health. Guyana commended the CCS to other countries: it had been a good experience.

El Dr. VIZZOTTI (Argentina) dice que el documento en cuestión pretende implantar un marco metodológico para mejorar los efectos y la eficacia de la cooperación. La OPS centra su atención en los países y debe ejecutar mejor los mandatos específicos a escala mundial y regional encaminados a resolver los problemas de salud, así como las grandes diferencias de equidad y de inclusión social en materia de salud.

En tal sentido, propicia la adopción de estas estrategias de cooperación con los países. En comparación con las estrategias de cooperación de la OMS con los países, el presente documento tiene a su favor que considera el desarrollo nacional de la salud como el substrato de la realidad sanitaria en la que se desarrollan los procesos de cooperación.

En el párrafo 3 se plantea que la cooperación técnica es una actividad compleja sobre la que influyen diversos factores, entre ellos, el sistema sociopolítico, el sistema económico vigente, los valores y la cultura, la historia de cada país y las relaciones de solidaridad vigentes en las partes. Cabe señalar que sólo se hace mención al destinatario de la cooperación, pero que no se alude a la posible influencia que tienen los organismos que la prestan, su liderazgo y su capacidad técnica. Es necesario señalar la intervención de ambas partes.

En el párrafo 5 se mencionan los principios sobre los que debe basarse una cooperación técnica eficaz; no obstante, en ninguno de estos principios se plantea el reconocimiento del valor agregado que puede tener la cooperación técnica. En el mismo párrafo se indica que la cooperación técnica eficaz orientada al país debe regirse, entre otras cosas, por la flexibilidad en el empleo de los medios y recursos para alcanzar los objetivos previstos para atender las necesidades que los países determinen; con frecuencia, se presta la cooperación técnica a fin de garantizar esa flexibilidad.

El proceso de formulación de un programa de cooperación técnica único para cada país parece un ideal deseable, pero de difícil conclusión, como lo demuestra la dificultad para formular un programa único de cooperación sobre el HIV/SIDA, un área de intensa cooperación entre diversos actores. En tal sentido, lo importante no es optimizar la cooperación técnica, sino trazar un plan de prioridades claras en materia de política sanitaria. Indica a este respecto que su país ha formulado un plan federal de salud.

En relación al párrafo 18, propone redactarlo de la siguiente manera: “La finalidad de la cooperación técnica enfocada en los países debería ser reconocer la capacidad que puede tener la misma para acelerar el avance del desarrollo nacional en salud de cada país como integrante de la comunidad internacional, y su contribución a generar condiciones e intervenciones para transformar de manera positiva los determinantes de la salud y la situación de salud de la población, para el desarrollo sostenible de los sistemas de salud y para el fomento y la incorporación de la salud en las agendas nacionales de desarrollo”.

En el párrafo 24, debería incorporarse el punto siguiente: “Débil liderazgo y baja capacidad técnica en temas específicos, respuesta de cooperación técnica estandarizada y apropiación a contextos de aplicación”, y en el 25, “Presencia permanente de contingencias, desastres y catástrofes que implican dar respuesta y priorizar los recursos en estos aspectos, sin poder planificar”.

En relación con el documento base de estrategias de cooperación de la OMS con los países, la metodología se basa en el supuesto liderazgo del representante de la OMS;

en este proceso, también sería más idóneo que su función fuera la de facilitador, y que la función de liderazgo corriera por cuenta de las autoridades sanitarias competentes.

Mr. ABDOO (United States of America) said that the United States supported the country-focused cooperation initiative as a way to seek maximum impact from WHO's action in favor of national health development in the medium term. PAHO's Secretariat must align the implementation of the country cooperation strategy with that of WHO as a means of defining the national health agenda.

The multitude of subregional, regional, and international commitments sometimes overwhelmed countries, and the lack of coordination between international development assistance and national health systems added further complexity. With competing priorities and conflicting forces, national leadership and infrastructure often could not respond effectively.

Country cooperation strategies could be a tool to better manage and utilize a country's resources. Countries were in charge of defining their priorities and setting their goals, and the donor community, including United Nations agencies, would align their resources in support.

Through review of the national dynamics at play, the CCS could be a more strategic approach by the WHO and PAHO Secretariats to the delivery of technical cooperation based on a country's health priorities. The Organization should develop single programs and budgets for a given country, including national, subregional, regional, and global contributions, in support of those national priorities.

Efforts to focus priorities were being made, including through the United Nations development assistance framework. It was important that PAHO country cooperation strategies should add practical value and align well with those other United Nations efforts.

O Dr. BARBOSA DA SILVA Jr. (Brasil) manifestou o apoio de seu país à iniciativa do exercício da cooperação técnica focada no país, acreditando, que em um mundo desigual como esse no qual vivemos, existe uma grande oferta de cooperação técnica aos países. Como os países são extremamente desiguais e mesmo que todos tenham tradições culturais, situações conjunturais muito distintas, muitas vezes é difícil decidir qual a cooperação técnica que devem receber em um determinado momento.

Em algumas situações, a cooperação técnica não é dirigida pelas necessidades dos países, mas é decidida pelos próprios provedores da cooperação técnica. Tamanha oferta de cooperação chega a gerar alguma confusão, e os países, algumas vezes, não

conseguem distinguir de fato quais são as distintas ofertas, quais são as suas próprias necessidades.

O Brasil gostaria de frisar a importância de um processo de auto-reflexão pelos países de quais são suas necessidades de cooperação, para que não tomem, necessariamente, todas e quaisquer ofertas lhes são oferecidas.

Na medida em que o país tenha uma pauta clara, um *menu* de necessidades de cooperação técnica, de acordo com a clareza de seu plano nacional de desenvolvimento e saúde, saberá como cumprir com o objetivo de todos, que é realizar um melhor desenvolvimento na área da saúde.

El Dr. BRITO (Gerente de Área, Desarrollo Estratégico de la Salud) señala que todas las intervenciones resaltan la importancia de la política de cooperación enfocada en el país y la pertinencia del uso del instrumento de Estrategia de Cooperación con los Países (CCS).

Para que la aplicación de esta política y el uso de este instrumento tengan éxito es fundamental contar con una política nacional de salud y un plan nacional de salud que sean el eje y la orientación de todo el ejercicio y proceso de cooperación técnica. La aplicación de este instrumento abre un espacio de diálogo social, de debate y participación de los diferentes actores en el sector de la salud, lo cual permite avanzar en la definición de las prioridades nacionales y en la formulación de políticas.

En aquellos países donde se han utilizado instrumentos tales como el análisis sectorial de la salud, la evaluación de los procesos de reforma y la aplicación de la medición del desempeño de las funciones esenciales de salud pública, incluso en aquellos países donde se han formulado planes de inversión en salud y medio ambiente, se facilita mucho el ejercicio de la CCS, en la medida que ya existe una base de conocimiento-información para poder realizar el análisis de las necesidades, establecer prioridades y entablar un diálogo social para avanzar en la formulación de una orientación común.

El instrumento de la CCS fortalece la rectoría de la autoridad sanitaria en cuanto a la coordinación, el alineamiento y la armonización de la cooperación internacional. Muchos de nuestros países reciben aportes significativos de la cooperación internacional para llevar a cabo sus acciones e intervenciones en materia de salud.

Otro producto de este instrumento es la confrontación estratégica que debe realizarse entre la orientación de la cooperación técnica y los recursos disponibles. La aplicación de la política de cooperación enfocada en el país permite a este país avanzar en la definición de sus prioridades y enfocar sus recursos en aquellos lugares y grupos sociales más necesitados.

Destaca por último que el instrumento de la CCS que se utiliza en la Región es esencialmente el mismo instrumento que se utiliza en todas las otras regiones del mundo, con algunos agregados que ha sido necesario incorporar para poder dar cuenta de las particularidades de los sistemas de salud y los sectores de salud en la Región.

Tanto la política de cooperación enfocada en el país como el instrumento de la CCS hacen que la cooperación se oriente a las necesidades y a las prioridades nacionales. El eje principal es el desarrollo nacional de la salud.

La Dra. LICHA SALOMÓN (Coordinadora, Apoyo a los Países) comenta que, respecto de los costos de estos ejercicios y su comparabilidad con los correspondientes a otras regiones, existe un documento complementario al del Comité Ejecutivo sobre este tema que refleja los costos, y realmente el único ejercicio cuyo costo se acercó a los \$100.000 y excedió ligeramente de esta cifra fue el de definición de la estrategia de cooperación con Barbados y los países del Caribe oriental.

No obstante, si se toma en cuenta que se está definiendo la estrategia de cooperación con siete países, realmente los costos son bastante modestos y más bajos que los de las otras regiones. Los costos incurridos en todos estos ejercicios han sido mayoritariamente satisfechos con fondos extrapresupuestarios de contribuciones voluntarias de donantes comprometidos con la política de cooperación centrada en los países de la OMS. Estamos acercándonos a un agotamiento de esos recursos, y para los bienios sucesivos si no se movilizan más recursos estos costos tendrán que ser cubiertos con fondos ordinarios.

Respondiendo al comentario del Delegado de Guyana, dice que la Organización concedió prioridad a la definición de la estrategia de cooperación con los países porque la política de cooperación orientada a los países es el marco en el que se inscribió y se inscribe el apoyo especial y prioritario a los cinco países de la CARICOM que mencionó. La Organización empezó muy temprano a centrar su atención en esos países, de suerte que ahora cuatro de los cinco países prioritarios cuentan con una definición de la estrategia de cooperación muy ajustada al proceso gerencial.

Finalmente, con respecto a la preocupación expresada por el Delegado de los Estados Unidos sobre la alineación y relación con el Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo (MANUD), indica que esta alineación es perfectamente posible y de hecho ya se está produciendo.

La Dra. SÁENZ MADRIGAL (Costa Rica) puntualiza que su país defiende una estrategia de cooperación en materia de salud en donde la OPS sea uno de los grandes socios con presencia pero no el único. El costo de \$100.000 por país le parece desmesurado, pues en el caso de Costa Rica fue mucho más bajo.

La DIRECTORA aclara a la Delegada de Costa Rica que este fue el costo de la estrategia de cooperación con el conjunto de países del Caribe oriental, que son siete países. Efectivamente, la Organización participa de dos maneras en este proceso.

En primer lugar, fortaleciendo la rectoría de salud para la definición de las necesidades de cooperación técnica, y luego identificando cuáles son las necesidades que la Organización va a satisfacer. El documento de prioridades de cooperación de los países ha sido tomado igualmente en consideración para la negociación y el diálogo con las instituciones financieras, es decir, con el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo.

También lo han sido las estrategias de reducción de la pobreza, como mencionó el Delegado de Guyana. En el plan de inversión social dentro de los procesos de condonación de la deuda también se está utilizando este mismo documento, al igual que la recopilación de estudios realizados por instituciones académicas, consultorías/firmas de consulta privada, ONG, y otras instancias.

*The meeting rose at 1:00 p.m.  
Se levanta la reunión a la 1.00 p.m.*