



ORGANIZACION  
PANAMERICANA  
DE LA SALUD

XXXVII Reunión

ORGANIZACION  
MUNDIAL  
DE LA SALUD



XLV Reunión

Washington, D.C.  
Septiembre-Octubre 1993

Tema 5.1 del programa provisional

CD37/9 (Esp.)  
28 julio 1993  
ORIGINAL: INGLES

**PROYECTO DE PRESUPUESTO POR PROGRAMAS DE LA ORGANIZACION  
PANAMERICANA DE LA SALUD PARA EL BIENIO 1994-1995**

La 111a Reunión del Comité Ejecutivo examinó el proyecto de presupuesto por programas de la Organización Panamericana de la Salud para el bienio 1994-1995 contenido en el *Documento Oficial 254* en conjunción con el informe del Subcomité de Planificación y Programación y la información complementaria proporcionada por el Director.

Las observaciones y los comentarios formulados por el Comité Ejecutivo, así como las explicaciones proporcionadas por la Secretaría se resumen en el Informe del Presidente del Comité Ejecutivo (Documento CD37/5). Teniendo en cuenta estos comentarios, el Director ha efectuado cambios en el proyecto de presupuesto por programas. Estos cambios, en forma de páginas revisadas del *Documento Oficial 254*, se incluyen como Anexo.

A continuación se presenta la Resolución II de la 111a Reunión del Comité Ejecutivo. Esta resolución recomienda que el Consejo Directivo considere el proyecto de presupuesto por programas de la Organización Panamericana de la Salud para el bienio 1994-1995, con un presupuesto de trabajo efectivo de \$164,466,000, dentro de los siguientes términos:

**LA 111a REUNION DEL COMITE EJECUTIVO,**

Habiendo considerado el Informe del Subcomité de Planificación y Programación (Documento CE111/5);

Habiendo examinado el proyecto de presupuesto por programas de la Organización Panamericana de la Salud para el bienio 1994-1995, contenido en el *Documento Oficial 254*;

Tomando nota con satisfacción de los esfuerzos del Director en la preparación de este proyecto de presupuesto por programas en un clima de continuas dificultades fiscales, y

Teniendo presente el Artículo 14.C de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud y el Artículo III, párrafos 3.5 y 3.6 del Reglamento Financiero de la OPS,

**RESUELVE:**

1. Agradecer al Subcomité de Planificación y Programación su revisión preliminar y su informe sobre el proyecto de presupuesto por programas.
2. Expresar su agradecimiento al Director por la atención prestada a la reducción de costos y al fortalecimiento programático en la elaboración del presupuesto por programas.
3. Solicitar al Director que continúe perfeccionando las propuestas de programa para la presentación a la XXXVII Reunión del Consejo Directivo, considerando las recomendaciones y las sugerencias formuladas por el Comité Ejecutivo durante el examen del *Documento Oficial 254*.
4. Recomendar a la XXXVII Reunión del Consejo Directivo:
  - a) Que apruebe el proyecto de presupuesto por programas de la Organización Panamericana de la Salud para el bienio 1994-1995, con un presupuesto operativo efectivo de \$164,466,000, tomando en cuenta los comentarios del Comité Ejecutivo;
  - b) Que apruebe las resoluciones requeridas sobre las asignaciones y cuotas.

Anexo

## PRESUPUESTO POR PROGRAMAS, 1994-1997

### Revisión

Favor reemplazar y/o agregar las siguientes páginas del *Documento Oficial* 254 con las que aquí se adjuntan:

Página de título	-	reemplazar
Páginas iii- iv	-	reemplazar
1 - 8	-	reemplazar
8-A - 8-D	-	agregar
87 - 92	-	reemplazar
467 - 468	-	reemplazar
468-A - 468-AA	-	agregar

Adjuntos



Documento Oficial  
de la  
Organización Panamericana de la Salud  
No. 254

---

# PRESUPUESTO POR PROGRAMAS

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD, PROPUESTA, 1994-1995  
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD, REGION DE LAS AMERICAS, 1994-1995  
ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD, ANTEPROYECTO, 1996-1997  
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD, REGION DE LAS AMERICAS, ANTEPROYECTO, 1996-1997

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

**JULIO 1993**

**ISBN 92 75 17254 4**

INDICE

	Página
CARTA DE TRANSMISION . . . . .	i
ORIGENES DE FONDOS . . . . .	ii
<b>I. INTRODUCCION Y CUADROS RESUMIDOS</b>	
INTRODUCCION . . . . .	1
Proyecto de Resolución sobre Asignaciones para la Organización Panamericana de la Salud para 1994-1995 . . . . .	8-A
Cuotas de los Países Miembros y Participantes de la Organización Panamericana de la Salud para 1994-1995 . . . . .	8-B
<b>CUADROS RESUMIDOS:</b>	
CUADRO A Antecedentes del Presupuesto Regional de los Fondos Ordinarios de la OPS y la OMS . . . . .	9
CUADRO B Análisis de Puestos - Fondos Ordinarios de la OPS y la OMS / Fondos no Ordinarios . . . . .	10
GRAFICO I Presupuesto por Programa de la OPS y la OMS por Ubicación: Porcentaje del Total . . . . .	11
GRAFICO II Presupuesto por Programa de la OPS y la OMS por Ubicación: Porcentaje de Incremento/Disminución . . . . .	12
CUADRO C Análisis de Incremento/Disminución Real y de Costos del Presupuesto Ordinario de OPS/OMS por Ubicación . . . . .	13
CUADRO D Todos Los Fondos, por Fondos . . . . .	14
CUADRO E-1 Presupuesto por Programas - Fondos Ordinarios de la OPS . . . . .	16
CUADRO E-2 Presupuesto por Programas - Fondos Ordinarios de la OMS . . . . .	19
CUADRO E-3 Presupuesto por Programas - Fondos Ordinarios de la OPS y la OMS . . . . .	22
CUADRO E-4 Presupuesto por Programas - Fondos no Ordinarios . . . . .	25
CUADRO E-5 Presupuesto por Programas - Fondos Ordinarios de la OPS y la OMS con Porcentaje de Incremento/Disminución . . . . .	28
GRAFICO III Presupuesto por Programa de la OPS y la OMS por Sección de Asignación: Porcentaje del Total . . . . .	32
GRAFICO IV Presupuesto por Programa de la OPS y la OMS por Sección de Asignación: Porcentaje de Incremento/Disminución . . . . .	33
CUADRO F-1 Asignación por Concepto de Gastos - Fondos Ordinarios de la OPS y la OMS . . . . .	34
CUADRO F-2 Análisis de los Elementos Presupuestarios - Fondos Ordinarios de la OPS y la OMS . . . . .	35
CUADRO F-3 Asignación por Concepto de Gastos - Fondos no Ordinarios . . . . .	36

	Página
<b>II. PROGRAMAS</b>	
CLASIFICACION Y DESCRIPCION DE LOS PROGRAMAS DE LA OPS . . . . .	39
ANALISIS DE LOS PROGRAMAS:	
Análisis de Incremento/Disminución Real y de Costos del Presupuesto Ordinario de la OPS y la OMS . . . . .	49
<u>Dirección, Coordinación y Gestión</u>	
1. Cuerpos Directivos . . . . .	50
2. Desarrollo y Gestión del Programa General . . . . .	52
<u>Infraestructura de los Sistemas de Salud</u>	
3. Proceso de Gestión para el Desarrollo Nacional de la Salud . . . . .	57
4. Cooperación Técnica entre Países . . . . .	60
5. Evaluación de la Situación Sanitaria y de sus Tendencias . . . . .	63
6. Desarrollo de Políticas de Salud . . . . .	67
7. Organización de los Servicios de Salud Basados en la Atención Primaria . . . . .	73
8. Desarrollo de Recursos Humanos . . . . .	82
9. Apoyo de Información Sanitaria . . . . .	87
10. Fomento de la Investigación y Desarrollo Tecnológico . . . . .	94
<u>Ciencia y Tecnología de la Salud</u>	
11. Alimentación y Nutrición . . . . .	98
12. Salud Ambiental . . . . .	102
13. Salud de la Madre y el Niño . . . . .	108
14. Enfermedades Transmisibles . . . . .	118
15. Promoción de la Salud . . . . .	125
16. Salud Pública Veterinaria . . . . .	132
<u>Apoyo al Programa</u>	
17. Administración . . . . .	137

## CONTEXTO MUNDIAL

I. Político

1. El presupuesto por programas bienal 1994-1995 es el primero que se elabora enteramente en la etapa posterior a la guerra fría. La competencia estratégica bipolar que durante 45 años dominó el escenario internacional y estableció las leyes fundamentales de las relaciones nación-Estado concluyó finalmente al desintegrarse la Unión Soviética y restablecerse las identidades nacionales que eran más familiares en los mapas mundiales del siglo XIX.
2. Los movimientos en pro de una mayor libertad política y de economías más abiertas han sido vacilantes, aunque aparentemente irreversibles. Sin embargo, pocos han logrado la estabilidad. La lucha por la identidad nacional en la antigua Unión Soviética y Europa oriental, ha producido un nivel de violencia, en algunos casos, que ha puesto a prueba la capacidad de respuesta de la comunidad internacional. En la antigua Yugoslavia, la guerra civil abierta ha aportado mayores pruebas de la virulencia de las rivalidades étnicas y ha generado sufrimiento humano y destrucción material de enormes proporciones.
3. Los anteriores acuerdos en materia de seguridad de política y economía entre las naciones europeas occidentales requirieron revisiones y ajustes. La configuración final de esas relaciones también se percibe como un tanto ambigua. Al mismo tiempo, aun cuando la unificación de Alemania y los avances hacia una mayor integración europea monetaria y política se muestran muy prometedoras, también han contribuido en cierta medida a generar incertidumbre política. Pese a todo, ha sido claro que continúan las tendencias hacia la integración, junto con crecientes exigencias en relación con los recursos internacionales que ya no se dedican a costear el enfrentamiento Este-Oeste. Alguna vez se supuso que dichos recursos serían un dividendo de la paz que se utilizaría para satisfacer las necesidades de desarrollo del tercer mundo.

II. Económico

4. Por otro lado, los cambios políticos que han tenido lugar, además de la disminución de la fuerza económica de la antigua Unión Soviética, han transformado a esta nación de proveedor de ayuda internacional en importante beneficiario de la misma. Los antiguos países de Europa oriental también debieron encarar un cambio de la economía dirigida por el Estado, con gravosos subsidios de las industrias de capital y de consumo, a la economía de mercado. Los ajustes

consiguientes han producido creciente desempleo y reducciones, que ojalá sean temporales, en la producción y el bienestar social. Dichas condiciones han generado exigencias extraordinarias sobre el sistema internacional de asistencia.

5. Si bien el sistema económico mundial se está recuperando de la crisis de la deuda, que había dominado gran parte del debate económico de los años ochenta, y de la recesión de principios de los noventa, que afectó a muchas de las naciones industriales más grandes, es claro que aún no transita por la senda del crecimiento sostenido.
6. Prácticamente todos los países industrializados han impuesto el control del gasto público con miras a reducir los déficit fiscales; en consecuencia, las presiones sobre la ayuda externa, en particular la bilateral, se han intensificado.
7. Finalmente, las estrategias económicas tanto de los países en desarrollo como de los desarrollados se han visto obligadas a reconocer la amenaza del deterioro ambiental. Una de las consecuencias de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo (CNUMAD), celebrada en Río de Janeiro, fue confirmar la necesidad de que todas las naciones creen instituciones, emprendan investigaciones y ajusten los planes económicos para evitar riesgos ambientales. Todas estas acciones, si bien son esenciales para lograr sociedades más sanas, también compitieron con el sector sanitario para obtener atención y recursos.

III. Reforma de las Naciones Unidas

8. Tres fuerzas fundamentales dirigen el actual movimiento de reforma en las Naciones Unidas. La primera es el final del conflicto Este-Oeste y de las distorsiones que producía en la toma de decisiones, la fijación de prioridades y la asignación de recursos del sistema de la ONU. Como muchos han señalado, las posibilidades de que la ONU cumpla con su mandato original de fomentar la seguridad internacional, promover los valores democráticos y proteger los derechos individuales ha dado un salto gigantesco hacia adelante gracias a la simple desaparición de las limitaciones de la guerra fría. Aun así, como lo demuestran los sucesos en Bosnia, Somalia y Angola, la capacidad de la ONU para realizar ese potencial no se amplía automáticamente. Sin embargo, en todo el mundo existen esperanzas y expectativas de que se conseguirán recursos, se elaborarán nuevos métodos y, con el tiempo, se crearán nuevos instrumentos internacionales que permitirán a la ONU desempeñar satisfactoriamente sus funciones de intercesión y salvaguardia de la paz.

## INTRODUCCION (Cont.)

9. La segunda fuerza está vinculada con la primera, porque como parte de la función de alcanzar la paz está la resolución de las causas fundamentales de los conflictos. Y entre estas sobresale la disparidad mundial en materia de desarrollo social, económico y político, más evidente en los 1.700 millones de personas que actualmente viven en la pobreza, 1.500 millones de ellas en el mundo en desarrollo. Encontrar maneras de contribuir a alcanzar las metas del desarrollo humano, según se ha definido en la meta de salud para todos, en la Cumbre Mundial en favor de la infancia y en la CNUMAD, constituye una empresa ingente que el Secretario General ha llamado una parte esencial de su Agenda para la Paz.

10. La tercera fuerza determinante del cambio, según se observa anteriormente, son los límites en la disponibilidad de recursos para financiar la asistencia internacional, incluyendo las organizaciones internacionales. La reforma de la OMS, que aspira a mejorar la eficiencia del sistema, ha modificado la estructura del PNUD y otras instituciones que en el pasado han colaborado con la OPS para promover objetivos de salud.

IV. Organización Mundial de la Salud

11. Estos tres factores se han combinado para hacer aún más difícil la obtención de apoyo para el sector de la salud y para la Organización Mundial de la Salud, en particular. Además, la disgregación de la Unión Soviética no se ha acompañado de una recuperación económica de los nuevos Estados Miembros en grado suficiente para permitir que éstos reemplacen las cuotas que la antigua URSS aportaba a la OMS. La consecuencia durante el bienio actual ha sido una reducción de 10% en el presupuesto asignado por la OMS a la Región de las Américas (AMRO).

12. Esta reducción inesperada ha profundizado la tendencia anteriormente observada de destinar una proporción aún más pequeña de los recursos de la OMS a los países de la Región de las Américas. Este cambio también se ha producido en una época de crecientes dificultades económicas en las Américas.

## CONTEXTO REGIONAL

V. Político

13. En el Continente americano, el hecho político dominante sigue siendo la restauración de la democracia en toda la Región. Solo unos cuantos países no se han incorporado al movimiento político general que abarca la reforma constitucional, la aceptación de procesos electorales libres y abiertos y el reconocimiento de la obligación de proteger los derechos humanos. La OEA ha

adoptado resoluciones que ponen en práctica la Declaración de Santiago para reflejar así el compromiso continental con las instituciones democráticas, que es la característica distintiva del Sistema Interamericano. Este movimiento democrático también ha visto resurgir el poder legislativo de las naciones, como socio activo en la definición de las estructuras legales y administrativas del país. La descentralización de los servicios públicos cada día se convierte más en un objetivo regional común y se han fortalecido los organismos municipales y departamentales, modificando los modelos históricos de centralización en el Continente. Todos estos acontecimientos influyen en el contexto y en el contenido de las políticas nacionales de salud.

VI. Económico

14. El decenio de los ochenta constituyó un momento de cambio crucial en el proceso de desarrollo económico en América Latina y el Caribe. La crisis de la deuda, el proceso de ajuste económico, la liberalización del comercio y la privatización cambiaron el perfil económico de la región. Los déficit fiscales empezaron a reducirse. La inflación disminuyó significativamente en la mayor parte de las naciones de la región, y se eliminaron las barreras al comercio. Pese a todo, el ingreso per cápita general descendió 9% durante el decenio, con lo cual los ingresos tienen ahora niveles promedio similares a los de 1977. Para la región, los niveles decrecientes del ingreso familiar condujeron a casi 60 millones más de personas a vivir en la pobreza a fines del decenio.

15. La recuperación empezó claramente en 1991, y a fines de 1992 el panorama económico de la región contrastaba favorablemente con el del decenio anterior, según la Comisión Económica de la ONU para América Latina y el Caribe (CEPALC). En primer lugar, el producto interno bruto aumentó en 2,4% para la región, el segundo año consecutivo de crecimiento. Si se excluye a Brasil, el crecimiento regional promedio fue de 4,3%, a pesar de las disminuciones también experimentadas por Haití, Perú y Barbados. El PIB per cápita regional real creció 0,5%, también por segundo año consecutivo. En segundo lugar, la mayor parte de los países pudieron controlar el nivel de inflación, aunque Brasil también fue la excepción. Los precios al consumidor subieron 410% en la región en su totalidad. Dejando a un lado Brasil, la inflación aumentó en promedio 22%. En tercer lugar, a pesar de un déficit neto de balanza comercial de casi \$6.000 millones, fluyeron hacia América Latina y el Caribe capitales nuevos por valor de \$57.000 millones, lo que produjo la transferencia neta más favorable de recursos hacia la región en un decenio: \$24.000 millones. Igualmente positiva es la reducción del porcentaje de las exportaciones necesario para el servicio de la deuda externa: 19%, también el más bajo en un decenio.

16. Los términos del comercio para América Latina y el Caribe han continuado empeorando con el transcurso del tiempo, ya que el valor relativo de las exportaciones de la región en comparación con sus importaciones es 22% más bajo hoy que en 1984. Pese a ello, en 1992 las exportaciones aumentaron por tercer año consecutivo y llegaron a \$126.000 millones. Las importaciones aumentaron de modo

mucho más abrupto: 18% (\$132.000 millones). Las perspectivas de comercio son positivas. El movimiento para la creación de la Zona Norteamericana de Libre Comercio, los adelantos en la formación de zonas subregionales de libre comercio en Centroamérica, el Cono Sur (MERCOSUR), y la firma de una serie de acuerdos bilaterales de libre comercio demostraron el vigor del compromiso continental con el comercio como fuerza matriz del crecimiento económico.

17. Estos indicadores de recuperación económica en muchos países también concordan con la aceptación general de un enfoque económico más orientado hacia el mercado y la liberalización de las economías nacionales, independientemente del partido político en el poder. El aspecto negativo del proceso, sin embargo, fueron los indicios de que sigue creciendo el número de personas que viven por debajo del límite de pobreza. Las consecuencias del proceso de ajuste y del fracaso inicial para crear redes de seguridad social eficaces, han deteriorado las condiciones de vida básicas. En la actualidad, según la CEPALC, más de 200 millones de personas viven en la pobreza, es decir, 46% de la población, en comparación con un tercio en 1980.

#### VII. Condiciones de salud

18. Las condiciones de salud en las Américas deben examinarse considerando las características demográficas actuales. Desde 1950, la población ha aumentado a más de 718 millones: 277 millones en las naciones industrializadas de Norteamérica (Los Estados Unidos y el Canadá), que crecieron 40%, y 441 millones en América Latina y el Caribe, donde la población aumentó 167%. Para el año 2025, las primeras habrán alcanzado 341 millones, un aumento del 23%, y los países de América Latina y el Caribe, 702 millones, un aumento del 59%. Aunque ha habido una disminución continua en las tasas de crecimiento demográfico para todos los países, las diferencias entre los países siguen siendo marcadas; algunos todavía presentan tasas de crecimiento dentro de las más altas en el mundo.

19. En América Latina y el Caribe, la mayoría de los habitantes son menores de 20 años y, aunque las tendencias se dirigen hacia una cohorte más grande de población anciana semejante a la de los Estados Unidos y el Canadá, habrá pocos cambios en el corto plazo. Aún en el año 2000, la mediana de la edad seguirá siendo 22 años. Sin embargo, habrá un número creciente de personas de edad. En 1950, había 5 millones de personas mayores de 65 años en América Latina y el Caribe; hoy, hay 21 millones. De manera análoga, la población sigue siendo en gran medida urbana; en toda la región (norte y sur), cerca de 75% de la población es urbana. En efecto, 90% del crecimiento demográfico total acaecido entre 1950 y 1990 en América Latina y el Caribe tuvo lugar en las comunidades urbanas.

20. Todos estos factores repercuten en el carácter de los problemas sanitarios que afronta la región y en la naturaleza de la demanda de servicios de salud. Es evidente que la tasa de inversión en la infraestructura básica de agua, saneamiento, vivienda, educación y establecimientos de salud no siguió el mismo ritmo del intenso crecimiento de la población. En particular en las ciudades más

grandes, donde el crecimiento demográfico se ha concentrado, la falta de instalaciones adecuadas y la incapacidad para ensanchar el mercado de trabajo condujeron al deterioro de las condiciones de vida, a la contaminación del agua y a la atmósfera, al aumento de la violencia y a la pobreza masiva.

21. La tasa de mortalidad infantil (TMI) ha descendido en toda la Región durante los tres decenios anteriores, de un promedio de 125 defunciones por 1.000 nacidos vivos a 53 por 1.000. El intervalo va desde algunos países con una TMI de tan solo 9 por 1.000 hasta otros con una de 98 por 1.000. En general, en América del Norte la tasa es cercana a 9 por 1.000, en el Caribe de habla inglesa es de 21 por 1.000 y en América Latina de 55 por 1.000. Diez países latinoamericanos todavía tienen tasas de mortalidad infantil superiores a 60 por 1.000 nacidos vivos. El ritmo promedio de la reducción aminoró considerablemente durante los años ochenta, debido por una parte a la mayor dificultad para lograr reducciones a niveles inferiores y por otra parte a las repercusiones de la crisis económica. Este último factor, junto con las consecuencias de los conflictos civiles, produjo aumentos efectivos de la mortalidad infantil notificados en dos países.

22. Las tasas de mortalidad generales también han continuado descendiendo y la esperanza de vida al nacer ha aumentado a 67 años. El intervalo es de 55 a 75 años. Las reducciones de la mortalidad pueden atribuirse en general al descenso de las defunciones por enfermedades diarreicas y por infecciones respiratorias agudas (IRA) en los niños menores de 5 años; por causas perinatales y por enfermedades de la niñez evitables mediante la inmunización; y por tuberculosis y paludismo. En cada uno de estos casos, la intervención directa del sector de la salud ha sido un factor principal, pues en el plano de la comunidad ha aumentado el acceso a la terapia de rehidratación oral (TRO), las medidas apropiadas para combatir las IRA, la inmunización y el tratamiento médico apropiado.

23. El perfil actual de la mortalidad y morbilidad muestra tanto la prevalencia de las enfermedades tradicionales de los países en desarrollo como la transición a las enfermedades del mundo moderno. Las enfermedades diarreicas y las infecciones respiratorias agudas todavía representan entre 30% y 40% de las defunciones de todos los niños. No obstante que enfermedades transmisibles como la malaria y el dengue son causas de mortalidad menos prominentes que en el pasado, la Región está atestiguando un aumento de la incidencia de ambas. Al mismo tiempo, se observa un ascenso sostenido en la prevalencia de enfermedades cardiovasculares y cáncer, actos de violencia y SIDA.

24. En prácticamente todos los países, las disparidades entre diferentes zonas y distintos grupos de población vulnerables siguen siendo motivo de gran preocupación. Por ejemplo, las tasas de acceso a servicios de salud, agua o saneamiento en las zonas urbanas casi se reducen a la mitad en las comunidades rurales. Casi 130 millones de personas en el continente americano carecen de

## INTRODUCCION (Cont.)

acceso a los servicios de salud, entre ellas 90 millones de mujeres en edad férvida y niños. Es importante reconocer que entre las cinco causas principales de muerte entre las mujeres en edad férvida figuran las complicaciones relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio. También suman 130 millones las personas que no tienen acceso al agua potable no contaminada. Unos 220 millones no tienen medios adecuados de saneamiento y apenas 10% del volumen total de aguas residuales se trata antes de verterlas en los ríos y mares de la Región. Mientras esas cifras no se reduzcan, cientos de miles de ciudadanos de la Región morirán innecesariamente.

VIII. Estrategia de desarrollo

25. A lo largo de diez años, la OPS y la OMS han venido declarando en tono enérgico que las consecuencias sociales y humanas del proceso de ajuste no estaban recibiendo suficiente atención. Los argumentos formulados inicialmente en las Discusiones Técnicas de la Asamblea Mundial de la Salud de 1986 sobre la acción intersectorial para la salud, así como en los estudios de la OPS sobre la repercusión de la crisis y los ajustes económicos en la salud y en la salud y el desarrollo, ahora parecen haber ganado partidarios en otros sectores. El primero de esos argumentos está relacionado con el derecho del ser humano --según se afirma en los convenios internacionales y americanos sobre derechos humanos-- a tener acceso a las condiciones básicas de salud y, dentro de las sociedades, a no ser discriminado al recibir dichos servicios. El segundo argumento se relaciona con la naturaleza indivisible de muchas amenazas para la salud, según la cual grupos pequeños de individuos no podrían sobrevivir sin ser afectados por las condiciones insalubres que aquejan a la mayoría de sus vecinos. El tercer argumento se basó en el hecho comprobado de que las intervenciones preventivas dentro de una estrategia de atención primaria de salud son asequibles, factibles y eficaces.

26. Un último argumento se fundamentó en la convicción de que los modelos de crecimiento económico que se estaban estableciendo exigían una fuerza laboral calificada, un mercado de consumo interno en expansión y un grado creciente, no en declive, de satisfacción de los ciudadanos con el orden político y económico prevaleciente. Es claro que se necesita tiempo para que el desarrollo económico y la modernización de las economías regionales rindan sus frutos. A menos que se encuentre una respuesta más directa a las necesidades sociales y a las brechas en materia de salud, educación y vivienda, es dudoso que muchas sociedades democráticas puedan conservar la cohesión social por el tiempo necesario.

27. Los ecos de esos argumentos están resonando ahora en muchos ámbitos del poder. Se han incorporado en la postura adoptada por el BID y el Banco Mundial para justificar que se aumente la porción de sus préstamos dedicado a los sectores sociales y a la salud, en particular. Se han convertido en parte significativa del diálogo con los países miembros a la hora de examinar su nueva planificación económica y elaboración de presupuestos durante lo que resta del decenio. Cuando

se define como inversión en el capital humano, también se ha convertido en un elemento clave en las plataformas de los líderes de las naciones desarrolladas en cuanto a sus estrategias a largo plazo para que sus sociedades sigan siendo competitivas en los próximos decenios. Sin embargo, esos criterios aún no son del todo evidentes en las asignaciones de recursos para el desarrollo económico en los planos nacional, regional y mundial.

ELABORACION Y ANALISIS DEL PRESUPUESTO POR PROGRAMAS  
PARA 1994-1995IX. Transición

28. Dentro del contexto mundial y regional, en consecuencia, se puede ver la transición en las tesis dominantes que rigen el desarrollo político y económico de América Latina y el Caribe. El presupuesto por programas para 1994-1995 se presenta en un período de transición y a la vez constituye, en muchas maneras, una transición hacia el nuevo milenio.

29. Dentro de la Organización, el presupuesto para 1994-1995 abarca la conclusión de las orientaciones estratégicas y las prioridades programáticas (OEPP) para 1991-1994, la adopción de las OEPP correspondientes a 1995-1998 y el primer año de ejecución del documento de política que las contiene. En consecuencia, el presupuesto por programas se ha confeccionado en parte basándose en la evaluación de los primeros dos años de aplicación de las OEPP actuales. También representa un intento consciente de reconocer las direcciones que probablemente seguirá el desarrollo sanitario, las cuales por ahora son incipientes pero que seguramente se definirán y afianzarán conforme nos acerquemos al final del siglo. El proceso de elaboración del presupuesto también reflejó las primeras conclusiones del examen de las tendencias efectuado durante la preparación de *Las condiciones de salud en las Américas 1991-1994*.

30. Otro aspecto de la naturaleza transicional del proyecto de presupuesto por programas es la dirección clara ya señalada en el Noveno Programa General de Trabajo de la OMS. Las cuatro líneas principales de acción son: la integración de la salud y el desarrollo humano en las políticas públicas; velar por el acceso equitativo a los servicios de salud; promover y proteger la salud; y prevenir y combatir problemas concretos de salud. Para la OPS, estas líneas de acción ofrecen apoyo adicional a sus prioridades, pues todas ellas pueden encontrarse anteriormente en las OEPP para 1991-1994. Además, en la Región de las Américas, las repercusiones sanitarias de la cobertura insuficiente del abastecimiento de agua y el saneamiento, y las inquietudes por reducir los niveles de la contaminación, han dado al área del ambiente y la salud una prioridad igual a la concedida a otras áreas de interés estratégico.

31. Finalmente, el presupuesto es una transición hacia el capítulo final de la campaña de un cuarto de siglo en pro de la salud para todos en el año 2000. Las evaluaciones cuatrilenales de los progresos alcanzados en la consecución de las metas correspondientes han demostrado adelantos importantes; no obstante, muchas naciones de la Región todavía están alejadas de una o varias metas regionales de SPT.

X. Estructura y prioridades del presupuesto

32. El presupuesto por programas bienal es el instrumento de la Organización para traducir las OEPP, el Programa General de Trabajo y otras decisiones de política mundiales y regionales en su programa bienal de cooperación técnica y en la asignación de recursos para llevarlo a cabo. Su preparación requirió la revisión conjunta del programa existente de cooperación técnica de la OPS/OMS, las metas y estrategias de política regionales, y las necesidades nacionales.

33. Los programas de país se analizaron teniendo en cuenta dichas políticas, la situación socioeconómica y sanitaria del país, las metas nacionales de desarrollo sanitario y sus estrategias y planes. Mediante el examen de los recursos nacionales y externos disponibles, se definen las brechas en las necesidades del país y se diseña el programa nacional de cooperación técnica. Las asignaciones del programa de país continúan representando tanto el componente individual más grande del presupuesto como el ítem de la cooperación técnica de la OPS. La cooperación técnica entre países también es una de las estrategias importantes dentro de la Organización, y para promoverla se creó un programa específico. Los programas de país específicos constituyen 38,3% del presupuesto por programas, por comparación con 37,2% en 1992-1993, lo cual refleja tanto el mandato de los Cuerpos Directivos como la estrategia de gestión de la OPS. La cooperación técnica total en los países alcanza 82,7% del presupuesto que se presenta.

34. La dirección de gestión y general abarca tanto los Cuerpos Directivos como el Desarrollo y gestión del programa general. Su objetivo es lograr que todos los recursos de la Organización se concentren en metas estratégicas fundamentales de la manera más eficiente y eficaz. Dados los límites cuantitativos en los recursos financieros y la escasez cada día mayor de recursos humanos necesarios, la estrategia de gestión es aún más crucial para conseguir que las personas idóneas en los lugares adecuados respondan a los retos sanitarios fundamentales con que se enfrentan las naciones de las Américas. Es aquí donde tiene lugar la coordinación del sistema general de planificación y programación de la Región de las Américas. Las funciones ejecutivas básicas también se llevan a cabo mediante la gestión ejecutiva y otros programas dentro de esta área. Además, las actividades de coordinación exterior de la OPS, que son cruciales no solo con referencia a la movilización de los recursos financieros sino también al mantenimiento de las relaciones con otros organismos internacionales, tanto públicos como no gubernamentales, se financian mediante este programa. El

programa del Director Regional para actividades de desarrollo, que proporciona la única flexibilidad específica para responder a las emergencias, las situaciones innovadoras e inesperadas durante el bienio, también se realiza en esta área programática. El presupuesto que se presenta reduce a 7,8% una proporción ya de por sí baja de los fondos del presupuesto dedicados a estas actividades.

35. Todos los programas regionales se elaboran a partir del conocimiento de la situación del desarrollo sanitario en los Países Miembros y de una visión primaria de la forma como la cooperación técnica regional puede mejorarla. Las asignaciones entre los programas regionales también responden a las estrategias y prioridades definidas en los documentos normativos de la Organización.

36. La parte del presupuesto por programas relativa a la Infraestructura de los sistemas de salud abarca las secciones correspondientes a desarrollo de políticas de salud, proceso de gestión para el desarrollo nacional de la salud, evaluación de la situación sanitaria y de sus tendencias, organización de los servicios de salud basados en la atención primaria, desarrollo de recursos humanos, apoyo de información sanitaria y fomento de la investigación y desarrollo de tecnológico. Comprende la relación total de la salud con otros sectores, así como la estructura, el financiamiento y la prestación eficiente de los servicios dentro del sector salud. A medida que la salud se concibe cada vez más como un factor contribuyente esencial del crecimiento económico y un factor crítico en la ecuación del desarrollo humano, el presupuesto por programas pretende comprometer a la Organización para ayudar a los países a alcanzar estas metas estratégicas. Dichas metas abarcan la función que la salud puede desempeñar en el fortalecimiento y la respuesta a la transición democrática que ha ayudado a cambiar la fisonomía política del continente. En forma análoga, dentro de esta amplia área programática, la Organización reconoce la importancia de promover un nuevo reconocimiento de la situación de las mujeres en la salud y en la sociedad, de la discriminación de que éstas son objeto dentro del sistema de atención de la salud y, tanto en términos de jure como de facto, en la economía en general. El programa procura crear nuevas oportunidades para las mujeres y, mediante este proceso, prestar para lograr mejoras en sus condiciones de salud.

37. La inquietud por promover la extensión de los servicios sanitarios mediante la descentralización y el fortalecimiento de los sistemas locales de salud continúa dominando el esfuerzo de la Organización para asegurar el acceso equitativo a servicios de calidad. Análisis anteriores han mostrado las inequidades en el acceso a los servicios y las desigualdades en las condiciones de salud que afectan a los grupos de población vulnerables. Ese reto sigue siendo un importante concepto organizativo en el presupuesto por programas que se presenta. El programa general de infraestructura de los sistemas de salud recibirá 49,3% del presupuesto.

38. La deuda social de los años ochenta se tradujo en la aparición del cólera y en las insuficiencias evidentes y crecientes en la infraestructura de salud, agua y saneamiento en toda la Región. La Organización respondió con un plan extenso e integral de 12 años para remediar esa situación, el cual obtuvo la aprobación de la Segunda Cumbre Presidencial Iberoamericana en Madrid, en 1992,

## INTRODUCCION (Cont.)

y puso en marcha un elemento clave de la nueva estrategia para el próximo bienio y el decenio mismo. Por sí mismo, el plan expresó una manera importante de responder al paradigma de la salud, el ambiente y el desarrollo que se definió en la CUMAD de Río de Janeiro. El presupuesto que se presenta refleja esa prioridad.

39. El presupuesto por programas también refleja una tentativa por ampliar la cooperación técnica en materia de protección ambiental ofrecida a los países, ya que este tema puede estar cobrando importancia en el programa político, económico y sanitario de muchos de ellos. Al buscar el acceso a fuentes adicionales de abastecimiento de agua limpia y al ayudar a los países a velar por la calidad del agua potable, la Organización estará ampliando su programa de cooperación técnica en el campo de la salud ambiental. De manera semejante, ayudará a los países miembros a formular, vigilar y hacer cumplir las normas para prevenir la contaminación del agua y el aire y la propagación de desechos químicos tóxicos. La proporción de las secciones del presupuesto correspondiente a las actividades de protección ambiental ha aumentado de 7,6% a 8,0%.

40. Asimismo, en relación con la parte del presupuesto denominada ciencia y tecnología de la salud, el programa de salud de la madre y el niño ha recibido mayor relevancia burocrática dentro de la estructura administrativa de la OPS y, también, mayor atención en lo referente a recursos financieros. Se ha asignado la máxima prioridad a las metas de este programa no solo dentro de los mandatos generales de política de la Organización, sino en las demandas políticas de los mandatarios de los países miembros en la Cumbre Mundial en favor de la Infancia. Ya no está en duda la capacidad de la inmunización, el tratamiento de las IRA y la TR0 para mejorar las condiciones de salud. Como tampoco lo está la eficacia de la atención prenatal y la integración eficaz de la educación y los métodos de planificación de la familia. El asunto crucial es cómo lograr que, en los países miembros, todos los estratos sociales tengan acceso a dichos servicios. El presupuesto de 1994-1995 está concebido para ayudar a impulsar ese proceso, por lo cual asigna 5,0% a ese programa.

41. También dentro de esta parte se halla el área programática de las Enfermedades transmisibles, a las cuales la Organización ha seguido asignando alta prioridad. El éxito recientemente logrado con la erradicación de la transmisión de la poliomielitis no solo constituye un motivo de orgullo, sino también un modelo a seguir en relación con otras metas de control, erradicación y eliminación de enfermedades en el futuro. El presupuesto refleja estas inquietudes junto con las decisiones anteriores de los Cuerpos Directivos para proseguir la eliminación del sarampión, la lepra, la enfermedad de Chagas y el tétanos neonatal. Existen metas similares de erradicación en lo que se refiere a la oncocercosis y la treponematosis no venérea. El SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual también constituyen motivos de gran inquietud dentro de las causas de mortalidad y morbilidad prevalentes en la Región. Las tasas en aumento de malaria y dengue también exigen mayor atención. Los programas de prevención y control de enfermedades constituyen ahora 6,0% del presupuesto.

42. Esta área incluye asimismo los programas de alimentación y nutrición y de salud pública veterinaria. Hay una vinculación evidente entre los dos, pues el primero propone el conocimiento y uso más adecuado de los alimentos nutritivos para reducir y, en teoría, eliminar las enfermedades por carencia de yodo, vitamina A y otros nutrientes, y el segundo está vinculado con la protección de alimentos, la erradicación de la fiebre aftosa y la prevención y el control de las zoonosis, todo lo cual tiene repercusión directa sobre la nutrición y el bienestar individuales.

43. En el área programática de Promoción de la salud, los esfuerzos en lo que se refiere al abuso de alcohol, drogas y tabaco continuarán recibiendo alta prioridad. Sin embargo, la tendencia será recalcar las estrategias integradas como la comunicación social, la promoción de comunidades sanas y estilos de vida saludables, y la creación de políticas públicas con miras a evaluar tecnologías para reducir los factores de riesgo y mejorar la asistencia sanitaria. Además, el empeoramiento de la violencia como problema de salud pública en la Región ha llevado a pensar que se necesitarán más recursos para ayudar a los países a reaccionar frente a esta amenaza. La promoción de la salud, que ya tiene una presencia muy definida dentro de la estructura y los recursos de la Organización, recibirá 2,9% del presupuesto en el bienio 1994-1995.

#### XI. Análisis del presupuesto

44. El anteproyecto de presupuesto por programas de la OPS/OMS para 1994-1995 se presentó anteriormente en el Documento Oficial No. 239 de mayo de 1991. En esa fecha se estimó un aumento de 12,4% sobre el presupuesto de 1992-1993, que ya había sufrido reducciones de programas por más de \$9,3 millones a causa de los aumentos obligatorios de las Naciones Unidas y las alzas generales de costos causados por la inflación, y como consecuencia de que los fondos de la OMS para esta Región se habían restringido a un aumento de 9,9%; de tal manera que el aumento de costos entre 1990-1991 y 1992-1993 fue de 19,7%. A pesar de la reducción de programa de \$9,3 millones, que refleja una disminución de 4,8%, el aumento para 1992-1993 fue de 14,9%, incluso después de la eliminación de 74 puestos. En vista de que la porción del presupuesto ordinario de esta Región aportada por la OMS se había limitado a un aumento de 9,9%, la parte del presupuesto ordinario por programas proporcionada por la OPS requirió un aumento desusado de 17,3%. Durante el actual período operativo de 1992-1993, la situación financiera de la OMS ha empeorado debido a la falta de pago de las cuotas, de tal manera que el Director General de la OMS ha impuesto una reducción interna de 10,0%. Esta reducción, que asciende a \$7.149.100 para esta Región, anula con creces el aumento de por sí restringido de 9,9%.

45. La porción correspondiente a la OMS en el proyecto de presupuesto para 1994-1995, que asciende a \$80.070.000 y refleja un aumento de 12,0%, fue recomendada al Director General de la OMS por el Consejo Directivo, en su calidad de Comité Regional de la OMS para las Américas, en su reunión de septiembre de 1992. Con la finalidad de que el presupuesto de la OMS no aumentara más de 12,0%,

La Asamblea Mundial de la Salud de mayo de 1993 aprobó un presupuesto mundial de \$822.101.000, que representa un aumento general de 11,86% y exige un alza general de 14,07% en las cuotas. El presupuesto para la Región de las Américas se redujo a \$79.794.000, lo que equivale a un aumento de 11,61%.

46. La formulación del proyecto de presupuesto ordinario por programas combinado de la OPS/OMS comenzó un año después de la formulación del presupuesto regional de la OPS. El proyecto combinado preliminar fue examinado por el Subcomité de Planificación y Programación en abril de 1993. El proyecto preliminar, por un monto total de \$250.958.000, se componía de \$80.070.000 de fondos ordinarios de la OPS y \$170.888.000 de fondos ordinarios de la OPS. El aumento en ambos fondos fue de 12,0% en relación con 1992-1993, cifra que abarcó los aumentos de costos de 12,2% relacionados con la inflación y los aumentos obligatorios de las Naciones Unidas, así como las reducciones de programa de \$452.800, o sea 0,2%. El proyecto preliminar habría significado un aumento anual de aproximadamente 6,0%.

47. Si bien el proyecto preliminar de la OPS/OMS se consideró razonable, el Subcomité, así como el Director, manifestaron su inquietud con respecto al aumento resultante de 17,74% en las cuotas de la OPS. La razón de este aumento sustancial de cuotas se encuentra en la composición del financiamiento de base para 1992-1993. El presupuesto de la OPS para 1992-1993 es de \$152.576.000, cantidad que se financia con \$136.903.000 de las contribuciones de los Países Miembros, \$9.700.000 de ingresos varios proyectados y \$5.973.000 de la diferencia entre la tasa de cambio y la de inflación; esta última no se conocía para 1994-1995 porque los fondos se han utilizado. Las contribuciones de los Países Miembros actualmente financian 89,7% del presupuesto de la OPS. Como no se conocerá la diferencia entre la tasa de cambio y la de inflación para 1994-1995, y como los ingresos varios se proyectan al mismo nivel de \$9.700.000, la parte del proyecto de presupuesto ordinario de la OPS (\$170.888.000) financiada por las contribuciones de los Países Miembros ascendería a \$161.188.000, o sea 94,3% del total.

48. El proyecto de presupuesto para 1994-1995 del presente documento suma en total \$244.260.000, cantidad compuesta por \$79.794.000 de fondos ordinarios de la OPS y por \$164.466.000 de fondos ordinarios de la OPS. Este proyecto revisado para 1994-1995 es menor, por un monto de \$6.698.000, que el proyecto preliminar presentado al Subcomité. Los detalles del proyecto se explican en los diversos cuadros del documento, según se describe más adelante. El aumento general en relación con 1992-1993 es de \$20.193.000, es decir 9,0% (aproximadamente 4,4% anual). Este es un proyecto de presupuesto sumamente conservador que exige reducciones de programa, tal como aconteció con el proyecto de presupuesto para 1992-1993, aunque no tan drásticas. Las reducciones de programas ascienden a \$2.674.300, o sea 1,2%. Los aumentos de costos se mantienen en 10,2%.

49. Según se indica anteriormente, la porción del proyecto correspondiente a los fondos ordinarios de la OPS suma \$164.466.000, lo que representa un aumento de solo 7,8% por comparación con 1992-1993 y un incremento anual de aproximadamente 3,8%. El Director propone que el presupuesto ordinario de la OPS,

por un monto de \$164.466.000, sea financiado por \$152.766.000 de las contribuciones de los Países Miembros; por \$9.700.000 de ingresos varios proyectados, y por los ingresos de 1992-1993, que se espera excederán en \$2.000.000 los requisitos del presupuesto. Al financiar de esta manera el presupuesto para 1994-1995, las contribuciones generales de los Países Miembros aumentarán tan solo 11,59%, en lugar de 17,74% como anteriormente se había tratado con el Subcomité.

50. Varios cuadros y gráficos presentan el presupuesto por programas en las diversas maneras solicitadas por los Cuerpos Directivos. Las explicaciones de estos cuadros y gráficos figuran en los siguientes párrafos.

51. El cuadro A, de la página 9, resume los antecedentes del presupuesto ordinario regional de la OPS y la OMS desde 1970. Para 1991-1995, la porción del presupuesto ordinario aportada por la OPS representa 67,3%, y la aportada por la OMS, 32,7%.

52. En el cuadro B, de la página 10, se presentan los puestos con cargo a los fondos ordinarios de la OPS y la OMS, así como los puestos financiados con fondos extrapresupuestarios. Hay una reducción general de 13 puestos financiados con fondos ordinarios de la OPS/OMS, aunque cuatro puestos fueron añadidos a programas de país. En el transcurso de cuatro años (de 1992 a 1995) se habrán eliminado 87 puestos. La reducción de puestos con cargo a fondos extrapresupuestarios está causada por la incapacidad para predecir los compromisos en años futuros.

53. Los gráficos I y II, de las páginas 11-12, están basados en la información proporcionada en el cuadro C de la página 13, que efectúa un análisis de incremento/disminución de programas y costos del presupuesto ordinario de la OPS/OMS, según categorías de ubicación. Los aumentos de programa se relacionan con los elementos nuevos en la categoría de ubicación que no se incluyeron en el programa de 1992-1993. Una disminución de programa está relacionada con los rubros que figuraban en el programa de 1992-1993 pero que fueron eliminados en el proyecto de presupuesto de 1994-1995. Los aumentos de costos incluyen las estimaciones de la inflación y los aumentos obligatorios de las Naciones Unidas, tales como los sueldos, los reajustes por lugar de destino, las tasas de viáticos, etc.

54. Los factores de aumento de los costos cambian con la ubicación. Los cálculos de costos de todos los puestos del proyecto de presupuesto ordinario están basados en los costos reales más recientes de esos puestos, según el grado y la ubicación. Para los elementos generales, como suministros y equipo y gastos generales de operación, el factor de aumento de costos empleado es de 8,2% para Washington (aproximadamente, 4,0% anual). Las cifras más recientes del Gobierno de los Estados Unidos muestran una inflación de 4,3%. Para el campo se está aplicando un aumento de costos de 13,4% (más o menos, 6,5% anual). Según la Comisión Económica de las Naciones Unidas para América Latina y el Caribe (CEPALC), la inflación en América Latina y el Caribe, con exclusión del Brasil, promedió 22,0% en 1992. Si continúa esta inflación promedio, el proyecto de

## INTRODUCCION (Cont.)

presupuesto tendrá que absorber la diferencia. Los dos factores de los costos empleados restantes tienen que ver con los meses de consultores a corto plazo y los meses de becas. El promedio de dichos consultores ha aumentado de \$8,000 a \$8,300, o sea 3,75%. El promedio de \$2,000 por beca se ha mantenido al nivel de 1992-1993.

55. El cuadro C muestra el aumento general de 9,0%, constituido por el aumento de costos de 10,2% y disminuciones de programa de 1,2%. Del monto de \$2.674.300 por disminuciones de programa, 74,9% procede de la Dirección técnica y administrativa, que pasó de 15,6% del programa en 1992-1993 a 14,6% en 1994-1995. La disminución más pequeña de programa, por amplio margen, se hizo en los programas de país: solo \$98.500, o sea 0,1%. Los programas de país aumentaron de 37,2% del total en 1992-1993 a 38,3% en 1994-1995. En cumplimiento de las resoluciones de los Cuerpos Directivos, al menos 35,0% de los fondos ordinarios de la OPS/OMS se presupuestarán en programas de país directos. El gran aumento en los programas multipaíses está relacionado principalmente con el establecimiento de la Secretaría Ejecutiva del Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud y el nuevo programa de Promoción de la Bioética. Este último, que inicialmente se presentó al Subcomité por una suma de \$1.160.000, se ha reducido a \$760.000.

56. El cuadro D, de las páginas 14 y 15, es un resumen de los diversos fondos comprometidos a la Organización para 1992-1993 en este momento. La cantidad de \$179.188.000 correspondiente a los fondos extrapresupuestarios para 1992-1993 es la estimación más exacta que puede hacerse, ya que en este momento no pueden predicirse los compromisos futuros de las fuentes externas para 1994-1995 y años subsiguientes. Por este motivo, los fondos extrapresupuestarios más allá de 1992-1993 aparecen drásticamente disminuidos. Tres fondos en particular han disminuido notablemente aun en el período en curso de 1992-1993, por comparación con el de 1990-1991; el del Fondo de Población de las Naciones Unidas es casi \$9.000.000 menor, el del Programa Mundial sobre el SIDA es casi \$6.000.000 menor y el del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo es cerca de \$1.000.000 menor.

57. Los diversos gráficos y cuadros bajo el cuadro E, entre las páginas 16 y 33, presentan el proyecto de presupuesto, desglosado por procedencia de los fondos, según la clasificación de programas, a la que se ha agregado el programa de Promoción de la Bioética (HBE). La presentación más lógica del programa se muestra en el cuadro E-3, que principia en la página 22, donde se combinan los fondos ordinarios de la OPS y de la OMS. Estos dos fondos constituyen el programa fundamental de la Organización y deben considerarse en conjunto cuando se analiza el presupuesto por programas.

58. Los gráficos III y IV, de las páginas 32 y 33, representan las cuatro partes principales del programa. A la parte I (Dirección, coordinación y gestión) corresponde 7,8% del proyecto de presupuesto para 1994-1995, lo que representa un descenso por comparación con el 9,1% en 1992-1993. La parte II (Infraestructura de los sistemas de salud) representa 49,3%, y la parte III (Ciencia y tecnología de la salud), 31,9%; ambas comprenden 81,2% del proyecto de presupuesto y reciben 99,2% del aumento general propuesto. Mientras que estas dos partes aumentan 11,2%, las otras dos (la I y la IV) aumentan apenas 0,3%.

59. La parte IV (Apoyo al programa), que abarca los costos indirectos o gastos fijos, representa 11,0% del proyecto, que desciende de 11,1% en 1992-1993. Este porcentaje para apoyo administrativo es el más bajo de cualquier organización internacional. Cuando se combina con la cuantía actual de los fondos extrapresupuestarios, el Apoyo al programa se reduce a menos de 8,0% del total.

60. Los diversos cuadros del cuadro F, a partir de la página 34, muestran el presupuesto según el objeto tradicional de las asignaciones del gasto (personal, viajes en comisión de servicio, becas, etc.). El cuadro F-2, de la página 35, muestra los aumentos y las disminuciones dentro de las asignaciones del gasto. Los costos de los puestos aumentan 9,1%, a pesar de que se eliminaron 13 puestos.

61. La sección II (indicador amarillo) del presente documento contiene la clasificación y descripción general de los programas. Cada capítulo programático se acompaña de una descripción general, de la Lista Clasificada de Programas.

62. La sección III (indicador verde) resume la ubicación principal de los programas (Programas de país, Programas multipaíses, etc.). Estas subsecciones por categorías de ubicación explican con detalles el resumen general mostrado anteriormente en el cuadro C, de la página 13.

63. La sección IV (indicador rosa) proporciona una descripción de la estructura orgánica y los fondos correspondientes.

64. La última parte del documento incluye un anexo que presenta el presupuesto por programas completo, por categoría de los fondos, según la lista clasificada de los programas de la OMS.

65. Finalmente, incumbe al Comité Ejecutivo, que se reunirá en junio de 1993, formular recomendaciones al Consejo Directivo, que habrá de reunirse en septiembre de 1993. Corresponde al Consejo Directivo aprobar el presupuesto ordinario por programas de la OPS para 1994-1995.

EL CONSEJO DIRECTIVO,

RESUELVE:

1. Asignar para el ejercicio financiero 1994-1995 la cantidad de \$185,722,908 distribuida del siguiente modo:

PARTE I	DIRECCION, COORDINACION Y GESTION	16,481,600
PARTE II	INFRAESTRUCTURA DE LOS SISTEMAS DE SALUD	78,274,700
PARTE III	CIENCIA Y TECNOLOGIA DE LA SALUD	49,362,500
PARTE IV	APOYO AL PROGRAMA	20,347,200
	Presupuesto Básico (PARTES I - IV)	164,466,000
	=====	
PARTE V	IMPUESTOS DEL PERSONAL (Transferencia al Fondo de Igualación de Impuestos)	21,256,908
	=====	
	TOTAL - TODAS LAS PARTES	185,722,908
	=====	

2. Que las asignaciones se financien mediante:

(a)	Cuotas asignadas correspondientes a: Los Gobiernos Miembros, Gobiernos Participantes y Miembros Asociados, fijadas según la escala adoptada por la Organización de los Estados Americanos, de conformidad con el Artículo 60 del Código Sanitario Panamericano o de acuerdo con las resoluciones del Consejo Directivo y la Conferencia Sanitaria Panamericana	174,022,908
(b)	Ingresos varios	9,700,000
(c)	Provisión del superávit de 1992-1993 que no deberá exceder	2,000,000
	=====	
	TOTAL	185,722,908
	=====	

Al establecer las contribuciones de los Gobiernos Miembros, Gobiernos Participantes y Miembros Asociados, sus cuotas se reducirán además por la cantidad que quede a su crédito en el Fondo de Igualación de Impuestos, con la excepción de los créditos de aquellos que gravan con impuestos la remuneración que perciben de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP) sus nacionales y residentes se reducirán en un importe respectivo igual a los reembolsos de dichos impuestos por la OSP.

3. Que, de conformidad con el Reglamento Financiero de la OPS, las cantidades que no excedan de las asignaciones incluidas en el párrafo 1 se apliquen al pago de las obligaciones contraídas durante el período comprendido entre el 1 de enero de 1994 y el 31 de diciembre de 1995, inclusive. No obstante lo dispuesto en este párrafo, las obligaciones contraídas durante el ejercicio financiero 1994-1995 se limitarán al total del presupuesto por programa, es decir, a las Partes I-IV.

4. Que el Director estará autorizado para transferir fondos entre las partes del presupuesto vigente, siempre que las transferencias que se efectúen entre dichas partes no excedan del 10% de la parte del cual los fondos son transferidos, excluyendo la provisión hecha por transferencias del Programa de Desarrollo del Director en la Parte I. Exeptuando la provisión hecha por el Programa de Desarrollo del Director en la Parte I, las transferencias de fondos entre partes del presupuesto que excedan el 10% de la parte de la cual se transfieren los fondos podrán efectuarse con la aprobación del Comité Ejecutivo. El Director está autorizado a asignar montos, no excediendo la provisión del Programa de Desarrollo del Director, a aquellas partes del presupuesto vigente bajo las cuales las obligaciones serán incurridas. Todas las transferencias de fondos del presupuesto serán comunicadas al Consejo Directivo o a la Conferencia Sanitaria Panamericana.

CUOTAS DE LOS GOBIERNOS MIEMBROS, GOBIERNOS PARTICIPANTES Y MIEMBROS ASOCIADOS DE LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD PARA 1994-1995

PROYECTO DE RESOLUCION

Considerando que las cuotas de los Gobiernos Miembros que figuran en la escala adoptada por la Organización de los Estados Americanos (OEA) se asignen según los porcentajes que figuran en dicha escala, ajustada a los Miembros de la OPS, de conformidad con el Artículo 60 del Código Sanitario Panamericano, y

Considerando que este reajuste fue hecho tomando en cuenta las cuotas de Cuba, los Gobiernos Participantes y Miembros Asociados; por consiguiente,

EL CONSEJO DIRECTIVO,

RESUELVE:

Establecer las cuotas de los Gobiernos Miembros, Gobiernos Participantes y Miembros Asociados de la Organización Panamericana de la Salud para el ejercicio financiero 1994-1995 de conformidad con la escala de cuotas indicada a continuación y en las cantidades correspondientes.

(1)	(2)		(3)		(4)		(5)		(6)	
	1994	1995	1994	1995	1994	1995	1994	1995	1994	1995
Miembros de la OPS	%	%	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$
Gobiernos Miembros:										
Antigua y Barbuda	0.019993	0.019993	17,396	17,396	2,125	2,125			15,271	15,271
Argentina	4.897907	4.897907	4,261,740	4,261,740	520,572	520,572			3,741,168	3,741,168
Bahamas	0.069971	0.069971	60,883	60,883	7,437	7,437			53,446	53,446
Barbados	0.079965	0.079965	69,579	69,579	8,499	8,499			61,080	61,080
Belice	0.029987	0.029987	26,092	26,092	3,187	3,187			22,905	22,905
Bolivia	0.069971	0.069971	60,883	60,883	7,437	7,437			53,446	53,446
Brasil	8.546348	8.546348	7,436,302	7,436,302	908,345	908,345			6,527,957	6,527,957
Canadá	12.354723	12.354723	10,750,024	10,750,024	1,313,116	1,313,116	30,000	30,000	9,466,908	9,466,908
Chile	0.539769	0.539769	469,661	469,661	57,369	57,369			412,292	412,292
Colombia	0.939599	0.939599	817,559	817,559	99,865	99,865			717,694	717,694
							Reajustes por Impuestos que Aplican los Gobiernos Miembros a la Remuneración del Personal de OSP			
							1994	1995	1994	1995

CUOTAS DE LOS GOBIERNO MIEMBROS, GOBIERNO PARTICIPANTES Y MIEMBROS ASOCIADOS DE LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD PARA 1994-1995 (CONT.)

(1)	(2)		(3)		(4)		(5)		(6)
	Escala Ajustada a los Miembros de la OPS		Cuota Bruta		Crédito del Fondo de Igualación de Impuestos		Reajustes por Impuestos que Aplican los Gobiernos Miembros a la Remuneración del Personal de OSP		
	1994	1995	1994	1995	1994	1995	1994	1995	
	%	%	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$
Miembros de la OPS									
Gobiernos Miembros:									
Costa Rica	0.129945	0.129945	113,067	113,067	13,811	13,811			99,256
Cuba	0.730372	0.730372	635,507	635,507	77,627	77,627			557,880
Dominica	0.019993	0.019993	17,396	17,396	2,125	2,125			15,271
República Dominicana	0.179924	0.179924	156,554	156,554	19,123	19,123			137,431
Ecuador	0.179924	0.179924	156,554	156,554	19,123	19,123			137,431
El Salvador	0.069971	0.069971	60,883	60,883	7,437	7,437			53,446
Grenada	0.029987	0.029987	26,092	26,092	3,187	3,187			22,905
Guatemala	0.129945	0.129945	113,067	113,067	13,811	13,811			99,256
Guyana	0.019993	0.019993	17,396	17,396	2,125	2,125			15,271
Haití	0.069971	0.069971	60,883	60,883	7,437	7,437			53,446
Honduras	0.069971	0.069971	60,883	60,883	7,437	7,437			53,446
Jamaica	0.179924	0.179924	156,554	156,554	19,123	19,123			137,431
México	6.077403	6.077403	5,288,037	5,288,037	645,934	645,934			4,642,103
Nicaragua	0.069971	0.069971	60,883	60,883	7,437	7,437			53,446
Panamá	0.129945	0.129945	113,067	113,067	13,811	13,811			99,256
Paraguay	0.179924	0.179924	156,554	156,554	19,123	19,123			137,431
Perú	0.409825	0.409825	356,595	356,595	43,558	43,558			313,037
Saint Kitts y Nevis	0.019993	0.019993	17,396	17,396	2,125	2,125			15,271
Santa Lucía	0.029987	0.029987	26,092	26,092	3,187	3,187			22,905
San Vicente y las Granadinas	0.019993	0.019993	17,396	17,396	2,125	2,125			15,271

CUOTAS DE LOS GOBIERNOS MIEMBROS, GOBIERNOS PARTICIPANTES Y MIEMBROS ASOCIADOS DE LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD PARA 1994-1995 (CONT.)

(1)	(2)		(3)		(4)		(5)		(6)
	1994	1995	1994	1995	1994	1995	1994	1995	
Miembros de la OPS	%	%	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$
Escala Ajustada a los Miembros de la OPS									
Gobiernos Miembros:									
Suriname	0.069971	0.069971	60,883	60,883	7,437	7,437			53,446
Trinidad y Tabago	0.179924	0.179924	156,554	156,554	19,123	19,123			137,431
Estados Unidos de América	59.444615	59.444615	51,723,626	51,723,626	6,318,045	6,318,045	3,900,000	3,900,000	49,305,581
Uruguay	0.259889	0.259889	226,133	226,133	27,622	27,622			198,511
Venezuela	3.198634	3.198634	2,783,178	2,783,178	339,965	339,965	5,000	5,000	2,448,213
Subtotal	99.448227	99.448227	86,531,349	86,531,349	10,569,810	10,569,810	3,935,000	3,935,000	79,896,539
Gobiernos Participantes:									
Francia	0.289876	0.289876	252,225	252,225	30,809	30,809			221,416
Reino de los Países Bajos	0.089961	0.089961	78,276	78,276	9,561	9,561			68,715
Reino Unido	0.059974	0.059974	52,184	52,184	6,374	6,374			45,810
Subtotal	0.439811	0.439811	382,685	382,685	46,744	46,744	0	0	335,941
Miembros Asociados:									
Puerto Rico	0.111962	0.111962	97,420	97,420	11,900	11,900			85,520
Subtotal	0.111962	0.111962	97,420	97,420	11,900	11,900	0	0	85,520
TOTAL	100.000000	100.000000	87,011,454	87,011,454	10,628,454	10,628,454	3,935,000	3,935,000	80,318,000

(5) Esta columna incluye las cantidades aproximadas que recibirán los Gobiernos Miembros en 1994-1995 con respecto al monto de los impuestos con que gravan la remuneración que perciben de la OPS los funcionarios de sus nacionalidades respectivas, debidamente reajustadas para tener en cuenta cualquier diferencia entre lo estimado y la cantidad real de años anteriores.

## ANALISIS DE LA SITUACION DE SALUD

1. Desde mediados del Siglo XIX el conocimiento biomédico ha crecido exponencialmente y esos conocimientos se han utilizado en la tecnología y la práctica sanitaria, lo que ha permitido alcanzar numerosos logros en la salud pública general. Gran parte del mejoramiento del estado de salud de la gente de la Región ha ocurrido desde la Segunda Guerra Mundial, como resultado de intervenciones basadas en la ciencia y en la transferencia del conocimiento. Los adelantos científicos y técnicos en la esfera de la salud y la medicina en los últimos tres decenios son solo presagios de lo que ocurrirá en el Siglo XXI. En el año 2000, la ciencia y la tecnología, en su relación con la salud y los servicios sanitarios, se adentrarán en territorios inexplorados.

2. En lo que concierne al compromiso contraído por los países de mejorar la salud y el bienestar de las personas y la calidad de la vida por intermedio de los servicios de atención primaria de salud, los comunicadores biomédicos y sanitarios van a desempeñar una función primordial en transmitir a los trabajadores de salud la importancia de esos avances y por ende, van a contribuir a mejorar las condiciones de salud y a transformar los sistemas sanitarios de los países. De allí se desprende que la generación, producción y difusión del conocimiento relacionado con los adelantos científicos y tecnológicos en salud son fundamentales para todos los niveles de trabajadores y para todo el sector de la asistencia sanitaria.

3. Los profesionales de la salud de los países de la Región, en los diferentes entornos geográfico, político y socioeconómico, necesitan información confiable, útil y pertinente para sus exigencias locales, en forma de libros, publicaciones periódicas o documentos, ya sea impresos o en medios electrónicos. El sector público percibe la importancia estratégica de la información para el adiestramiento de los recursos humanos, en cierta forma como medio para reducir la dependencia con respecto al mundo desarrollado. Por otra parte, si queremos resolver los problemas de salud directamente relacionados con los hábitos y el estilo de vida de las personas, será necesario ir más allá de los centros académicos y de la burocracia para llegar a los consumidores de los servicios de salud y a la comunidad en general. Esa extensión requerirá el desarrollo de herramientas y productos de comunicación social. Sin duda, el éxito de las campañas de salud dependerá de su capacidad para atraer a los consumidores de los servicios y a la comunidad, lo que a su vez requerirá la aplicación de métodos y técnicas de comunicación social.

4. El acceso limitado a la bibliografía científica es uno de los problemas principales que se plantean a los investigadores dedicados a temas relacionados con la salud. En el decenio pasado se observó una mayor dificultad por parte de las instituciones, los estudiantes y los investigadores para lograr acceso a la bibliografía biomédica producida fuera del país, debido a los costos crecientes de los libros y las revistas con respecto a la merma los recursos locales. En cambio, el mundo desarrollado ha experimentado una poderosa explosión de la información, tanto impresa como en medios electrónicos. En consecuencia, la brecha en el conocimiento técnico y científico no cesa de ampliarse día tras día. Las bibliotecas especializadas en temas de salud en todos los países de las Américas han sufrido recortes presupuestarios, situación que las ha forzado a

reducir sus ya modestos servicios y colecciones. Los problemas de acceso ocasionados por las limitaciones presupuestarias se complican aun más en muchos países por los graves obstáculos en la distribución y la circulación de los materiales especializados en salud. Muchos de estos obstáculos provienen de los servicios postales y aduaneros de los países, de la falta de redes de librerías y agentes de ventas y de la escasa penetración de los libros en las zonas alejadas de las grandes ciudades de la Región. Otro problema importante es el de los retrasos y los cuellos de botella en la entrega del material. Uno de los resultados de esta situación es la forma inadecuada y lenta en que circula la información fundamental, lo cual puede conducir a que se repitan ciertas investigaciones. Si se mejora el acceso a la información en esos países, cabe esperar que también mejoren la productividad y la calidad de la investigación.

5. Las bases de la investigación independiente en los países están directamente vinculadas con la publicación del trabajo original ya que la publicación es solo una última etapa de un proceso continuo. A pesar del alivio evidente de la crisis económica en gran parte de la Región, los investigadores de salud en las Américas continúan enfrentándose a problemas de financiamiento ya que los gobiernos deben emplear los recursos principalmente para satisfacer las necesidades básicas de sus ciudadanos, lo que deja muy poco dinero para dedicar a la investigación a largo plazo. La lista de las revistas indizadas en el Index Medicus, de la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos, nos da una idea de cuánta información de calidad se produce en la Región ya que su inclusión allí suele considerarse como una indicación del nivel de calidad de una publicación. La edición de 1992 del índice revela que, de más de 3.000 títulos mundiales, 47 corresponden a revistas producidas en América Latina y el Caribe (Argentina 7, Brasil 15, Chile 5, Costa Rica 1, Cuba 1, Jamaica 1, México 11, Panamá 1, Perú 1, Uruguay 1 y Venezuela 3).

6. En las Américas, los recursos financieros dedicados a la industria editorial son sumamente limitados y por ello, en la mayor parte de los países, con pocas y notables excepciones, se trata de una industria frágil. Algunos países prácticamente no tienen industria editorial y dependen de las fuentes externas que les suministran publicaciones costosas. Otros atraviesan por una etapa de transición caracterizada por la instalación de equipos modernos para imprimir, la explosión de los medios electrónicos, la aparición de nuevas tecnologías, un aumento del nivel de alfabetización y una mejor comprensión del poder de la información para modificar el comportamiento e influir en el desarrollo del sector sanitario. Es de esperar que la creciente actividad empresarial y una mayor disponibilidad de capital, tan escaso durante la crisis económica de la década de los 1980, puedan impulsar la actividad editorial biomédica y sanitaria de los países. Si se da esta situación, será importante promover la producción de bibliografía médica en los países. Esta tiene la ventaja de ser más adecuada a las situaciones locales de salud, puesto que suele presentarse en estilo e idioma más apropiados, y sus precios serán más moderados que los de las publicaciones extranjeras.

7. En los próximos años, la demanda de información sanitaria va a crecer significativamente. Los cambios que están ocurriendo en los países de las Américas afectan directamente la producción, la utilización y la difusión de información sanitaria en la Región. Entre esos cambios se encuentran el crecimiento del producto interno bruto en la mayoría de los países; una tendencia hacia los convenios de libre comercio, que incluyen acuerdos sobre derechos de

## 9. APOYO DE INFORMACION SANITARIA (Cont.)

propiedad intelectual, y otros arreglos orientados a resolver problemas monetarios y a eliminar restricciones gubernamentales que impiden la libre circulación de libros y revistas entre los países; el descenso gradual de las tasas de analfabetismo y el crecimiento demográfico proyectado para muchos de los países. En los años venideros, estos factores harán que la demanda y la necesidad de información sanitaria sean aun mayores.

8. Además, en lo que se refiere a los medios de comunicación de masas, sus dueños y sus gerentes cada vez toman mayor conciencia de la responsabilidad social de esos medios en mejorar el acceso a la información sanitaria. Esta "conciencia" aumenta gracias a las encuestas efectuadas entre el público y que revelan constantemente que la salud se encuentra entre las tres o cuatro primeras áreas de interés. Además, los periodistas y las escuelas de periodismo cada vez se interesan más por los asuntos de salud y reconocen la necesidad de adiestrar a un mayor número de personas para que informen sobre temas de salud. Algunas escuelas tienen o están elaborando programas especiales en esta esfera y lentamente, en toda la Región, se está formando una red de periodistas interesados en los temas de salud. Lamentablemente, a pesar de que los funcionarios del sector salud en la mayoría de los países empiezan a aceptar que el aumento de las inversiones en las actividades de información no solo es necesario, sino rentable, los presupuestos de los ministerios siguen sin tener en consideración esta realidad. En consecuencia, los ministerios de salud cada vez con mayor frecuencia se dirigen a la OPS para que la Organización coordine y apoye los programas y campañas de información y aporte los fondos necesarios.

9. En respuesta, OPI ha visto sus actividades subregionales y nacionales aumentar de manera constante y sustancial durante los últimos años. Parte integral de esta situación es la demanda creciente de adiestramiento, equipo y colaboración técnica de las oficinas de comunicación de los ministerios mismos. En algunos casos estas solicitudes provienen también de los PWR quienes están comprendiendo la importancia de los conocimientos técnicos y la experiencia en las labores de información y están creando oficinas de prensa para trabajar con las autoridades nacionales. Sin embargo, todavía queda mucho camino por recorrer ya que en las sociedades modernas las actividades de comunicación sobre temas de salud compiten en el mercado con mensajes comerciales de todo tipo, entre ellos, los de los productos nocivos para la salud como el cigarrillo y el licor; para poder competir eficazmente, las actividades de información del sector salud requieren un grado de experiencia y de financiamiento todavía poco común en la mayoría de los países. Esta situación está cambiando, aunque muy lentamente, y una de las metas regionales más importantes de la cooperación técnica que es necesario abordar en el próximo bienio es asegurar que los países cuenten con especialistas en la materia y dispongan del financiamiento adecuado para llevar a cabo campañas profesionales de comunicación con miras a alcanzar las metas a corto plazo, como los esfuerzos de inmunización, y las metas a largo plazo de mejorar el estado de salud.

## ESTRATEGIA GLOBAL DE COOPERACION TECNICA

10. La Organización considera que la administración del conocimiento es una orientación estratégica, cuyo propósito es generar, publicar y difundir información científica y técnica confiable, útil y apropiada para los trabajadores de salud en toda la Región de las Américas. En este sentido, el Centro de Información en Ciencias de la Salud para la América Latina y el Caribe (BIREME) coordina el Sistema de Información en Ciencias de la Salud de la OPS y se responsabiliza por la diseminación de información técnica científica en la Región dirigida fundamentalmente a colaborar con los gobiernos en el fortalecimiento de la utilización y coordinación de los recursos de información científica y técnica en salud. Asimismo, el Programa de publicaciones de la OPS coordina, con otros programas técnicos, la publicación de una amplia gama de información para permitir a la Organización y a los países miembros tratar temas sociales y de salud de interés primordial para la Región. Con ese fin, el Programa contribuye a una mejor comprensión y ejecución de otras orientaciones estratégicas y prioridades programáticas de la OPS.

11. La Organización tiene la capacidad, no igualada por otras instituciones, de agrupar fuerzas nacionales e internacionales para recopilar, analizar, y producir información relacionada con la salud de naturaleza científica y técnica amplia. A título de ejemplo, mencionaremos que ningún otro organismo estaría en capacidad de producir la publicación seriada Las condiciones de salud en las Américas; ni de publicar una revista mensual como el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana con su contraparte en inglés, Bulletin of the Panamerican Health Organization que reúnen una gran diversidad de experiencias de investigación en salud realizadas en todo el Continente. Por llegar a más de 25.000 trabajadores sanitarios de la Región, el Boletín, el Bulletin y la otra revista importante de la OPS, Educación Médica y Salud son valiosos instrumentos para la difusión de la información biomédica. Estas publicaciones permiten crear una relación entre diversos temas, lo que en revistas más especializadas no suele ocurrir.

12. En ese contexto, la selección de información que será publicada, mediante el arbitraje y los comités editoriales, es fundamental para garantizar que los escasos recursos se utilicen bien, es decir, produciendo información confiable y útil en todo el Continente. La selección comprende no solo la aprobación de los manuscritos, desde el punto de vista de su validez, sino la determinación de si son o no apropiados para satisfacer las necesidades y no repiten la información de publicaciones anteriores.

13. Una organización internacional como la OPS tiene una función especialmente crítica en vista de las dificultades de la industria editorial en América Latina, que debe encarar problemas de distribución y de precios, el costo prohibitivo del

papel o dificultad para adquirirlo, la feroz competencia de los libros importados, la falta de establecimientos adecuados de distribución y de comercialización, las limitaciones causadas por los derechos de autor y las dificultades para producir en gran escala. En vista de esta situación, la Organización participará en convenios de edición conjunta con otras instituciones de acuerdo a diferentes modalidades contractuales, como forma óptima de mancomunar recursos para servir a los lectores de temas sanitarios, para satisfacer la demanda de una mayor variedad de libros y para reducir los costos. Además, puesto que la distribución eficaz determina el éxito relativo de la actividad editorial de la Organización, la OPS se esforzará por mejorar sus medios y mecanismos de difusión de información, para que sus productos lleguen oportunamente a quienes los necesitan. Se harán esfuerzos por establecer puntos focales nacionales y por formular una política de distribución y de ventas.

14. Finalmente, es fundamental poner al alcance del personal técnico de la OPS información biomédica y sanitaria, herramienta necesaria de su formación continua, que asegure su competencia profesional actualizada y la excelencia de su servicio a los países. La eficacia de la cooperación técnica de la Organización, de la toma de decisiones y de la solución de problemas dependen del apoyo constante de la literatura profesional, tanto en forma impresa como electrónica. Si la literatura sanitaria se usa en forma colectiva puede tener una repercusión tangible sobre las políticas, las estrategias y los programas de salud.

15. En vista del poder del conocimiento para contribuir significativamente a mejorar el estado de salud y al desarrollo de los servicios, la Organización está comprometida con la producción y la difusión del conocimiento, que es el recurso fundamental, no solo en el sector de la salud, sino en toda la sociedad. Por consiguiente la Organización, a través de BIREME apoya el desarrollo y fortalecimiento de los sistemas nacionales de información científica y técnica en ciencias de la salud y su integración en el Sistema de Información Regional de OPS/BIREME, con énfasis en su aplicación para la toma de decisiones adecuadas por parte del personal de los servicios de salud, investigación y académicos.

16. En la esfera de la comunicación de masas, la estrategia de la Oficina de Información y Asuntos Públicos se fundamentará en las estrategias de promoción de salud y de comunicación social esbozadas en el documento OEPP y llevada a cabo en cooperación directa con los ministerios de salud por intermedio de los PWR, con unidades técnicas de la Sede de la OPS y con periodistas de los medios de comunicación, impresos o audiovisuales de todo el Continente. La estrategia abarca todos los aspectos de la información y las comunicaciones, según se describen en el documento OEPP, y aprovecha al máximo la tecnología más moderna

para llevar información a quienes más la necesitan. El documento OEPP en su sección sobre la estrategia del uso de la comunicación social, establece: "...resulta fundamental la inclusión de tantos habitantes de los países del Continente como sea posible en el alcance de los esfuerzos informativos y educativos sobre la salud. La introducción de información relevante sobre salud en los medios de comunicación masiva, en los contenidos educativos básicos y en las discusiones comunitarias, tiene una importancia esencial para lograr que la población pueda tomar decisiones informadas en lo concerniente a su salud individual, a la salud de su familia y a la de su comunidad".

17. Las metas fundamentales de esta orientación estratégica son "garantizar la existencia creciente de un público informado que tenga un papel decidido en la lucha por su salud; y alcanzar las audiencias de trabajadores de la salud y líderes sociales y políticos a fin de promover su apoyo al mejoramiento y la transformación de los sistemas nacionales de salud". Y, ese mismo documento señala un aspecto de máxima importancia para la estrategia global de cooperación de DPI: "...habrá que intensificar el uso de los medios de comunicación masiva y de las innovaciones tecnológicas en la materia para diseminar información útil sobre salud al público general y a grupos especializados".

18. Por lo tanto, los elementos fundamentales de la estrategia global de DPI incluyen hacer mayor uso de los medios de divulgación desde la sede de Washington, y cada vez más, a través de los PWR y los centros en los países. Para que tenga éxito, la estrategia debe asegurar que cada PWR y cada centro tenga un funcionario de prensa activo que, en colaboración con las autoridades nacionales y bajo la orientación técnica de DPI, trabaje para difundir información sanitaria crucial en los medios de comunicación de masas y otros canales de los países. Además, la estrategia debe aprovechar las innovaciones tecnológicas como teleconferencias, transmisión por satélites, tableros de avisos electrónicos, redes electrónicas y otros medios para difundir la información de manera eficiente y rápida.

19. La estrategia de DPI también desempeña una función importante en la promoción de la salud, una de las nueve orientaciones estratégicas del documento OEPP considerada como esencial para fomentar un progreso sustancial en la recuperación y modernización del sector sanitario de los países del Continente y que también debe ayudar a generar respuestas más eficientes, eficaces y equitativas ante las necesidades de salud de los pueblos de las Américas. En vista de que la promoción de la salud ahora se considera como algo más que difusión de información y educación sanitaria y abarca la educación, la información, la comunicación social, la legislación, la formulación de políticas, la organización, la participación de la gente y la reorientación de los servicios de salud, la función de DPI es fundamental para alcanzar los objetivos de modificación de las condiciones ambientales, de los estilos de vida colectivos y

## 9. APOYO DE INFORMACION SANITARIA (Cont.)

de los patrones de conducta perjudiciales para la salud; para ejecutar programas de salud orientados a luchar contra los riesgos para la salud, y para "crear un sentimiento de responsabilidad compartida en lo que atañe a los servicios de salud," es decir, para promover la participación comunitaria y la descentralización. La participación activa de DPI en este aspecto de la promoción de la salud es un factor importante si se quiere que la política y la orientación estratégica sean eficaces; por lo tanto, parte de la estrategia global de coordinación debe incluir una estrecha colaboración en esta esfera entre DPI y otras unidades de la Organización, para evitar duplicación de los esfuerzos y acciones ineficaces o limitadas que podrían provenir de unidades poco experimentadas.

20. DPI también trabajará directamente con el PWR, con las escuelas de periodismo y con periodistas para formular programas adecuados para los cursos, así como para fortalecer y ampliar la creciente red de periodistas que escriben sobre temas de salud, gracias al acceso inmediato a los recursos de información y a los materiales de apoyo de la OPS que incluyen publicaciones, notas y comunicados de prensa, fotografías, material gráfico y grabaciones en video.

21. Finalmente, en cooperación con otras unidades de la Organización, DPI preparará materiales y programas de video en toda la Región para fortalecer los esfuerzos de educación permanente para el personal de salud y para ayudar a proporcionar información necesaria útil al público general.

## PROGRAMAS ESPECÍFICOS

Publicaciones oficiales y técnicas (HBP)

## METAS BIENALES

22. En cooperación con otras divisiones y programas técnicos apoyará las orientaciones estratégicas y las prioridades programáticas de la Organización mediante la selección, la edición, la traducción, la producción y la difusión de información fundamental para los trabajadores de salud de la Región. Se asignará particular importancia a estudiar qué tipo de información existe; cuáles aspectos tienen más demanda; qué aspectos de la información requieren mayor desarrollo, cómo se realizará este proceso de desarrollo y en qué forma se divulgará la información; cómo llevar esa información hasta el público y los lectores destinatarios; y cómo fortalecer las actividades nacionales de publicación.

23. La Unidad de Distribución y Ventas tiene como finalidad asegurar que las personas reciban las publicaciones que necesitan en el momento indicado. La promoción de las publicaciones de la OPS tiene como meta buscar oportunidades compatibles con la misión de la OPS/OMS de administración del conocimiento; identifica a los destinatarios específicos para las publicaciones ya sean nuevas o existentes y asegura que lleguen a esos interesados mediante la distribución gratuita o una promoción eficaz.

## LINEAS DE ACCION

24. Publicación de los documentos oficiales: informes anuales y cuatrienales del Director (inglés y español); informes finales de las reuniones de los Cuerpos Directivos.

25. Publicaciones periódicas: Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (24 números), Bulletin of the Pan American Health Organization (8 números), Educación médica y salud (8 números).

26. Publicaciones científicas y técnicas (40-50 títulos); publicación de la serie Comunicación para la salud (10 títulos).

27. Participación en las reuniones de los Cuerpos Directivos (seis redactores de actas/12 hombres semana al año); y cooperación técnica en redacción biomédica mediante seminarios en 6-8 países.

28. Instalación total del sistema de lista de direcciones en la red de computadores personales (PC-LAN) y promoción de su uso por los programas técnicos de la Sede, los PWR y los centros de la OPS. Los componentes de control de inventarios y de procesamiento de órdenes se desarrollarán en 1993.

29. Aplicación de una nueva política sobre distribución y venta de las publicaciones de la OPS.

30. Se prevé ampliar las listas de distribución de dos de las principales publicaciones periódicas de la OPS: Boletín de la OPS y Bulletin of the Pan American Health Organization; identificar nuevos destinatarios para las publicaciones científicas, los documentos técnicos y los documentos oficiales.

9. APOYO DE INFORMACION SANITARIA (Cont.)

31. Reimpresión de las publicaciones según se requiera.

Información pública (HBF)

**METAS BIENALES**

32. Establecer una red activa con periodistas de cada país de América Latina y el Caribe.
33. Mejorar el programa regional de información de la OPS para responder a las necesidades de los países y las unidades técnicas, en colaboración con los Representantes de la OPS/OMS y los centros.
34. Proporcionar 60 minutos por semana de material educativo e informativo en vídeo para uso en la educación permanente del personal de salud.
35. Proporcionar 30 minutos de material de información pública general sobre salud y temas afines.

**LINEAS DE ACCION**

36. Identificar, en colaboración con los PWR y los ministerios pertinentes, a los periodistas interesados y trabajar con ellos.
37. Facilitar el acceso directo a las publicaciones e informes pertinentes de la OPS.
38. Publicar quincenalmente documentos básicos y hojas informativas sobre temas y problemas de salud.
39. Proporcionar acceso a un servicio electrónico BBS.
40. Proporcionar apoyo directo y profesional a los proyectos de comunicación social en los países, para ayudar para crear mejores condiciones de salud.

41. Identificar los materiales existentes en América Latina y el Caribe.
42. Identificar las universidades que tienen instalaciones adecuadas de vídeo para trabajar en coproducciones.
43. Identificar a productores interesados y trabajar, con ellos y las universidades, en coproducciones.
44. Trabajar con la Asociación de Televisión Educativa Iberoamericana para ayudar a difundir programas en toda América Latina.
45. Identificar y trabajar con una entidad similar a dicha Asociación, en el Caribe de habla inglesa.
46. Identificar otros posibles medios para la difusión.
47. Ayudar a establecer una red de estaciones de televisión para trabajar en el contenido y la distribución.
48. En cooperación con los PWR, ministerios y unidades técnicas, establecer las áreas prioritarias de interés.
49. Identificar a productores y socios financistas interesados.
50. Preparar un programa semanal, inicialmente en español y más adelante otro en inglés.
51. Trabajar con la Asociación de Televisión Educativa Iberoamericana para ayudar a difundir los programas.
52. Identificar y trabajar con una entidad similar en el Caribe de habla inglesa.

Servicio de idiomas (HBL)

**METAS BIENALES**

53. La OPS continuará cooperando en el intercambio de información científica y técnica sobre salud entre diversas instituciones en sus respectivos idiomas. Esto incluirá tanto información impresa de varios tipos como comunicación directa en las diversas reuniones que abordan asuntos de política y de programación, así como temas científicos y técnicos.

## 9. APOYO DE INFORMACION SANITARIA (Cont.)

## LINEAS DE ACCION

54. Las actividades en el Servicio de idiomas incluyen traducción e interpretación en los cuatro idiomas oficiales de la Organización, así como el funcionamiento y desarrollo de los sistemas ENGSPAN y SPANAM en sus versiones en PC.

Difusión de información científica y técnica (IBD)

## METAS BIENALES

55. Promover en los países de la Región la aplicación del enfoque estratégico en el desarrollo de los sistemas nacionales de información en ciencias de la salud y establecer políticas de información.

56. Desarrollar, ejecutar, coordinar y mantener en los países de la Región, así como en la OPS de un sistema Regional único de información científica y técnica en ciencias de la salud, y establecer un flujo dinámico en el sistema de comunicaciones coordinados por BIREME.

57. Alcanzar en todos los países de la región un pleno reconocimiento de las necesidades de coordinación del proceso de desarrollo de los sistemas nacionales de información científica y técnica en ciencias de la salud.

58. Promover a nivel nacional y regional el uso de la metodología LILACS, estimular el uso de las redes académicas de computo BITNET y estimular el uso de la tecnología del CD-ROM en el desarrollo de nuevas bases de datos.

59. Promover la revisión de las políticas de información científica y técnica en ciencias de la salud, considerando la realidad actual de los servicios de salud, investigación y enseñanza, así como la influencia de la tecnología computacional y de las telecomunicaciones en el desarrollo de los sistemas de información y en los niveles de formación del personal participante en este proceso.

60. Estimular la participación de las instituciones de enseñanza y de desarrollo científico CONICITS, en la orientación y apoyo a los cambios que se consideren necesarios en el área de información científica técnica en ciencias de la salud.

61. Apoyar el desarrollo del liderazgo en salud, con la distribución de información científica y técnica pertinente dentro del marco educacional, en la práctica en servicio y de investigación.

62. Promoción de los servicios de referencia y de difusión selectiva de la información necesarios para mantener y mejorar la competencia técnica del personal de la OPS, con la utilización máxima de sus propios recursos y de los que ofrezcan otros servicios de información.

## LINEAS DE ACCION

63. Apoyo técnico a todas las unidades pertenecientes al sistema de Información en Ciencias de la Salud en énfasis en el desarrollo de la capacitación del personal de los centros de documentación de los PWRs, centros panamericanos, programas técnicos y biblioteca de la Sede.

64. Producción y distribución del LILACS, MEDLINE, WHOLIS en CD-ROM entre las instituciones del Sistema Regional.

65. Desarrollo de la tecnología de texto completo y multimedia, para su aplicación entre las instituciones del sistema regional.

66. Ofrecer una base de datos con la memoria técnica de la OPS, tan completa como sea posible, con la participación plena de todos los componentes del sistema interno de información bibliográfica de la OPS/DMS.

67. Continuar coordinando el procesamiento de la información bibliográfica con los programas de la Sede de la OPS, a fin de asegurar la adopción de una metodología común y la creación de bases de datos bibliográficos compatibles, asesorar en la búsqueda de las mejores soluciones posibles a sus problemas de información, y dar adiestramiento.

ASIGNACION POR CONCEPTO DE GASTOS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

ORIGEN DE FONDOS	CANTIDAD TOTAL	PROF. PUESTO	LOCAL PUESTO	PERSONAL LOCAL CONS. DIAS	CANTIDAD	VIAJES EN COMISION DE SERV.	MESES	BECAS	CANTIDAD	CURSOS Y SEMINARIOS	SUMINISTR. EQUIPO	SUBVEN- CIONES	OTRAS APORT.
	\$				\$	\$		\$	\$	\$	\$	\$	\$
<b>1992-1993</b>													
OPS - PR	21,761,800	51	71	620	16,515,400	895,100	112	224,000	329,100	829,400	0	0	2,974,800
OMS - WR	3,318,900	9	6	285	2,336,300	136,300	0	0	55,300	121,000	0	0	670,000
TOTAL	25,080,700	60	77	905	18,851,700	1,031,400	112	224,000	384,400	944,400	0	0	3,644,800
% DEL TOTAL	100.0				75.2	4.1		.9	1.5	3.8		.0	14.5
<b>1994-1995</b>													
OPS - PR	23,045,600	51	66	1169	17,754,000	1,013,400	110	220,000	855,000	892,000	0	0	2,301,200
OMS - WR	3,872,400	9	6	321	2,758,600	149,500	0	0	5,700	125,900	0	0	862,700
TOTAL	26,918,000	60	72	1490	20,492,600	1,162,900	110	220,000	860,700	1,017,900	0	0	3,163,900
% DEL TOTAL	100.0				76.1	4.3		.8	3.2	3.8		.0	11.8
<b>1996-1997</b>													
OPS - PR	25,616,900	51	66	1169	19,657,000	1,149,100	110	220,000	969,700	1,011,500	0	0	2,609,600
OMS - WR	4,292,300	9	6	321	2,955,200	169,500	0	0	6,500	142,800	0	0	978,300
TOTAL	29,909,200	60	72	1490	22,632,200	1,318,600	110	220,000	976,200	1,154,300	0	0	3,587,900
% DEL TOTAL	100.0				75.7	4.4		.7	3.3	3.9		.0	12.0

## CENTRO LATINOAMERICANO Y DEL CARIBE PARA INFORMACION EN CIENCIAS DE LA SALUD (BIREME)

1. El Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME) está ubicado en Sao Paulo, Brasil. BIREME realiza sus actividades bajo la dirección de la División de Salud y Desarrollo (HDP) y dentro de las Orientaciones Estratégicas y Prioridades Programáticas de la Organización Panamericana de la Salud.

2. Los objetivos de BIREME son: i) coordinar y apoyar el desarrollo de los componentes de un sistema global de la OPS sobre información en ciencias de la salud, donde participan los centros especializados panamericanos, los centros de documentación de las oficinas de los PWR, los Programas Técnicos y la biblioteca de la Sede de la OPS; ii) Apoyar el desarrollo y fortalecimiento de los sistemas nacionales de información científica y técnica en ciencias de la salud, y su integración en el Sistema de Información Regional de OPS/BIREME, con énfasis en su aplicación por la toma de decisiones adecuadas por parte del personal de los servicios de salud, investigación y académicos; iii) Promover la revisión de las políticas de información científica y técnica en ciencias de la salud, considerando la realidad actual de los servicios de salud, investigación y

enseñanza, así como la influencia de la tecnología computacional y de las telecomunicaciones en el desarrollo de los sistemas de información y en los niveles de formación del personal participante en este proceso; iv) Promover oportunidades de adiestramiento para los usuarios y técnicos de los sistemas nacionales de información científica y técnica en ciencias de la salud, a fin de poder atender las crecientes demandas de información de los profesionales del sector salud, en base a la transformación y nuevas orientaciones por las cuales están pasando; v) Estimular la participación de las instituciones de enseñanza y de desarrollo científico COMICITS, en la orientación y apoyo a los cambios que se consideren necesarios en el área de información científica técnica en ciencias de la salud; y vi) Apoyar el desarrollo del liderazgo en salud, con la distribución de información científica y técnica pertinente dentro del marco educacional, en la práctica en servicio y de investigación.

3. Las áreas de competencia de BIREME incluyen información científica y técnica, desarrollo de sistemas de información, informática médica y desarrollo de tecnología de multimedia.

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1992-1993		1994-1995		1996-1997	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
II. INFRAESTRUCTURA DE LOS SISTEMAS DE SALUD	1,029,100	100.0	1,430,200	100.0	1,575,000	100.0
APOYO DE INFORMACION SAMITARIA	1,029,100	100.0	1,430,200	100.0	1,575,000	100.0
DISEMINACION DE INFORMACION CIENTIFICA Y TECNICA	1,029,100	100.0	1,430,200	100.0	1,575,000	100.0
HBD						
GRAN TOTAL	1,029,100	100.0	1,430,200	100.0	1,575,000	100.0

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1992-1993		1994-1995		1996-1997	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
II. INFRAESTRUCTURA DE LOS SISTEMAS DE SALUD	1,298,900	100.0	900,000	100.0	900,000	100.0
APOYO DE INFORMACION SAMITARIA	1,298,900	100.0	900,000	100.0	900,000	100.0
DISEMINACION DE INFORMACION CIENTIFICA Y TECNICA	1,298,900	100.0	900,000	100.0	900,000	100.0
HBD						
GRAN TOTAL	1,298,900	100.0	900,000	100.0	900,000	100.0

## ASIGNACION POR CONCEPTO DE GASTOS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

ORIGEN DE FONDOS	CANTIDAD TOTAL	PROF. PUESTO	LOCAL CONS. PUESTO	PERSONAL	CANTIDAD	VIAJES EN COMISION DE SERV.	MESES	BECAS	CURSOS Y SEMINARIOS	SUMINISTR. EQUIPO	SUBVEN- CIONES	OTRAS APORT.
1992-1993												
OPS - PR	1,029,100	5	0	0	844,400	54,100	0	0	64,500	0	0	66,100
TOTAL	1,029,100	5	0	0	844,400	54,100	0	0	64,500	0	0	66,100
% DEL TOTAL	100.0				82.0	5.3			6.3			6.4
1994-1995												
OPS - PR	1,430,200	5	0	0	953,400	67,900	0	0	334,100	0	0	74,800
TOTAL	1,430,200	5	0	0	953,400	67,900	0	0	334,100	0	0	74,800
% DEL TOTAL	100.0				66.7	4.7			23.4			5.2
1996-1997												
OPS - PR	1,575,000	5	0	0	1,034,300	77,000	0	0	378,900	0	0	84,800
TOTAL	1,575,000	5	0	0	1,034,300	77,000	0	0	378,900	0	0	84,800
% DEL TOTAL	100.0				65.6	4.9			24.1			5.4

1. El Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC) está ubicado en Puerto España, Trinidad. CAREC realiza sus actividades bajo la dirección de la División de Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles (HPTC) y dentro de las Orientaciones Estratégicas y Prioridades Programáticas de la Organización Panamericana de la Salud.
2. Los principales ámbitos de trabajo del CAREC para el bienio 1994-1995 son los siguientes: En la División de Administración: concluir el proceso de planificación estratégica; actualizar las normas, políticas y planes de personal; poner en funcionamiento las actividades de recuperación de costos; llevar a cabo la vigilancia eficaz de los programas; renovar la planta física a medida que los recursos lo permitan; y revisar los acuerdos multilaterales y bilaterales.
3. En la División de Epidemiología: mejorar las actividades de vigilancia en CAREC y en los Países Miembros del CAREC; asegurar la capacidad de respuesta en caso de emergencias y brotes de enfermedades; llevar a cabo actividades específicas de control de las enfermedades nosocomiales, de las diarreicas y de las incluidas en el PAI, de conformidad con los mandatos regionales; llevar a cabo iniciativas de adiestramiento en epidemiología en los Países Miembros; desarrollar la economía de la salud en relación con enfermedades propias del Caribe; promover la capacidad de análisis de la situación de salud en el Centro y en los países; y continuar con los estudios en marcha sobre enfermedades infecciosas y crónicas.
4. En la División de Laboratorios: mantener y ampliar la capacidad para comprobar la competencia de los laboratorios nacionales; crear capacidades de bioseguridad para promover prácticas seguras en el laboratorio; instalar el Sistema de Información sobre Laboratorios de Salud Pública y el Sistema de Seguimiento de Aislados de Laboratorio, tanto en CAREC como en los países participantes; implantar definitivamente la Sección de Inmunología; y llevar a cabo trabajos especializados en microbiología de las enfermedades entéricas, de las leptospirosis, de las micobacterias y control de vectores.
5. En la Coordinación de Control de la Lepra: desarrollar la coordinación eficiente del apoyo técnico y financiero; llevar a cabo labores de erradicación de la lepra como una meta de la CCH y de la OPS; y continuar el énfasis de los programas nacionales en la gestión apropiada y en los tratamientos multimedicamentosos.
6. En el Programa Especial sobre Enfermedades de Transmisión Sexual: promover la aplicación cabal de las Pautas para el Manejo Clínico en los Países Miembros; respaldar activamente el uso de las pautas para los servicios de orientación; vigilar la infección por VIH, el SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual; fortalecer la capacidad de los laboratorios nacionales para las pruebas y confirmación del VIH y el diagnóstico de las enfermedades oportunistas; aumentar la participación de las ONG; apoyar las iniciativas adaptadas a las escuelas; y promover intervenciones destinadas a grupos de alto riesgo.
7. Durante el bienio 1995-1996, estarán en pleno funcionamiento los sistemas de información en línea para la planificación y la preparación del presupuesto, con miras a facilitar su utilización óptima por los gerentes de programa. La vigilancia incluirá revisiones periódicas y evaluaciones en los Países Miembros. El análisis de la situación de salud y la epidemiología de las enfermedades crónicas serán actividades bien establecidas en el Centro. El adiestramiento en epidemiología será reinstaurado como una de las funciones principales. Los sistemas de información de laboratorios, en redes computadorizadas, se ampliarán a todos los Países Miembros. Los laboratorios del CAREC desempeñarán principalmente una función de apoyo y de referencia, haciendo hincapié en las pruebas de competencia de otros laboratorios, en la bioseguridad, el adiestramiento, la investigación y el desarrollo. Se mejorará la capacidad clínica y de laboratorio en VIH/SIDA y enfermedades de transmisión sexual. El Centro trabajará en estrecha colaboración con las ONG. La capacidad profesional y técnica en ciencias sociales y del comportamiento en CAREC se consolidará y ampliará a los problemas de otras enfermedades diferentes del VIH/SIDA y las ETS.

## PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1992-1993		1994-1995		1996-1997	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
II. INFRAESTRUCTURA DE LOS SISTEMAS DE SALUD	1,219,200	100.0	0	-	0	-
EVALUACION DE SITUACION SANITARIA Y SUS TENDENCIAS	1,219,200	100.0	0	-	0	-
EVALUACION DE SITUACION SANITARIA Y SUS TENDENCIAS	1,219,200	100.0	0	-	0	-
III. CIENCIA Y TECNOLOGIA DE LA SALUD	0	-	1,294,800	100.0	1,407,800	100.0
ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	0	-	1,294,800	100.0	1,407,800	100.0
PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	0	-	1,294,800	100.0	1,407,800	100.0
GRAN TOTAL	1,219,200	100.0	1,294,800	100.0	1,407,800	100.0

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1992-1993		1994-1995		1996-1997	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
II. INFRAESTRUCTURA DE LOS SISTEMAS DE SALUD	5,645,100	58.9	0	0	0	0
EVALUACION DE SITUACION SANITARIA Y SUS TENDENCIAS	5,645,100	58.9	0	0	0	0
EVALUACION DE SITUACION SANITARIA Y SUS TENDENCIAS	5,645,100	58.9	0	0	0	0
III. CIENCIA Y TECNOLOGIA DE LA SALUD	3,945,800	41.1	4,922,700	100.0	3,714,000	100.0
SALUD DE LA MADRE Y EL NIÑO	3,900	*	0	0	0	0
INMUNIZACION	3,900	*	0	0	0	0
ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	3,929,200	41.0	4,922,700	100.0	3,714,000	100.0
PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	400,000	4.2	4,372,800	88.8	3,714,000	100.0
SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA	3,474,300	36.2	546,900	11.2	0	0
LEPRA	54,900	.6	0	0	0	0
PROMOCION DE LA SALUD	12,700	.1	0	0	0	0
CANCER	12,700	.1	0	0	0	0
GRAN TOTAL	9,590,900	100.0	4,922,700	100.0	3,714,000	100.0

\* MENOS DE .08 POR CIENTO

## ASIGNACION POR CONCEPTO DE GASTOS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

ORIGEN DE FONDOS	CANTIDAD TOTAL	PROF. PUESTO	LOCAL CONS. DIAS	PERSONAL	CANTIDAD	VIAJES EN COMISION DE SERV.	MESES	BECAS		CURSOS SEMINARIOS	SUMINISTR. EQUIPO	SUBVEN- CIONES	OTRAS APORT.
								CANTIDAD	\$				
1992-1993													
OPS - PR	1,219,200	5	0	0	997,300	114,400	0	0	0	0	48,200	0	59,300
TOTAL	1,219,200	5	0	0	997,300	114,400	0	0	0	0	48,200	0	59,300
% DEL TOTAL	100.0				81.7	9.4		.0		.0	4.0	.0	4.9
1994-1995													
OPS - PR	1,294,800	5	0	0	1,043,300	129,700	0	0	0	0	54,700	0	67,100
TOTAL	1,294,800	5	0	0	1,043,300	129,700	0	0	0	0	54,700	0	67,100
% DEL TOTAL	100.0				80.6	10.0		.0		.0	4.2	.0	5.2
1996-1997													
OPS - PR	1,407,800	5	0	0	1,122,600	147,100	0	0	0	0	62,000	0	76,100
TOTAL	1,407,800	5	0	0	1,122,600	147,100	0	0	0	0	62,000	0	76,100
% DEL TOTAL	100.0				79.8	10.4		.0		.0	4.4	.0	5.4

CENTRO PANAMERICANO DE INGENIERIA SANITARIA Y CIENCIAS DEL AMBIENTE (CEPIS)

1. El Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS) está ubicado en Lima, Perú. Las actividades que llevará a cabo el CEPIS, bajo la responsabilidad de la División de Salud y Ambiente (HPE) de la OPS/OMS, están relacionadas con aquellos campos de especialización que ejercen un impacto directo o indirecto a la salud. Se dará prioridad a la implementación del Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud de la Organización contribuyendo a:

- i) Reformar sistemas, instituciones y servicios de protección y control del medio ambiente; ii) Cumplir con procesos de descentralización y participación social, identificando y promoviendo el apoyo del sector privado en la prestación de los servicios de saneamiento; iii) Reforzar la eficiencia operativa de los sistemas, instituciones y servicios; iv) Promover el uso de tecnologías adecuadas para expandir y rehabilitar los servicios de saneamiento; v) Mejorar los sistemas de información.

2. Las principales áreas de trabajo del Centro se describen en los párrafos siguientes:

3. Control de riesgos para la salud relacionados con el medio ambiente: Se reforzará la capacidad institucional con el propósito de disminuir riesgos ambientales producto de la contaminación, diseminando metodologías desarrolladas por el Centro para la clasificación y evaluación rápida de situaciones ambientales relacionadas con: i) el manejo y control de los residuos peligrosos; ii) la disminución de desechos industriales contaminantes; iii) el control de la contaminación biológica y orgánica de las aguas superficiales y subterráneas.

Asimismo se promoverá el establecimiento de una red de laboratorios de la Región para capacitar e investigar metodologías e implementar programas de calidad analítica. Asimismo, se colaborará en el mejoramiento de la capacidad de análisis químicos y microbiológicos.

4. Servicios de abastecimiento público de agua y saneamiento: Se incentivará el mejoramiento de la capacidad de producción de agua potable en los países de la Región y el alcance de las metas de calidad de agua potable a través de: i) la optimización de centros de producción, aplicando soluciones tecnológicas apropiadas para el tratamiento de agua; ii) el incremento de la cobertura del tratamiento de aguas residuales; iii) el inicio de la Red Panamericana de Manejo Ambiental Aceptable de Residuos; iv) el mejoramiento de la infraestructura de las redes nacionales de REPIDISCA; y v) el uso de programas de cómputo para la producción de módulos de capacitación.

5. Desechos sólidos e higiene de la vivienda: Se realizarán esfuerzos para mejorar la eficiencia de los servicios de recolección, transporte, tratamiento y disposición final de los residuos sólidos urbanos y las condiciones de higiene y protección contra riesgos ocupacionales mediante: i) la formulación y ejecución de planes directores de aseo urbano y limpieza pública; ii) el desarrollo de nuevas tecnologías no convencionales que puedan ser llevadas a cabo con participación comunitaria; iii) la provisión de instrumentos para el manejo eficiente de los residuos hospitalarios.

## PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1992-1993		1994-1995		1996-1997	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
III. CIENCIA Y TECNOLOGIA DE LA SALUD	2,737,400	100.0	3,563,800	100.0	3,964,000	100.0
SALUD AMBIENTAL	2,737,400	100.0	3,563,800	100.0	3,964,000	100.0
ABASTECIMIENTO PUBLICO DE AGUA Y SANEAMIENTO DESECHOS SOLIDOS Y HIGIENE DE LA VIVIENDA CONTROL DE RIESGOS RELAC. CON EL MEDIO AMBIENTE	1,685,100 259,800 822,500	60.5 9.5 30.0	2,360,100 249,500 960,200	66.3 6.8 26.9	2,654,000 269,700 1,046,300	66.9 6.7 26.4
GRAN TOTAL	2,737,400	100.0	3,563,800	100.0	3,964,000	100.0

## PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1992-1993		1994-1995		1996-1997	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
III. CIENCIA Y TECNOLOGIA DE LA SALUD	1,014,800	100.0	490,000	100.0	428,000	100.0
SALUD AMBIENTAL	1,014,800	100.0	490,000	100.0	428,000	100.0
ABASTECIMIENTO PUBLICO DE AGUA Y SANEAMIENTO DESECHOS SOLIDOS Y HIGIENE DE LA VIVIENDA CONTROL DE RIESGOS RELAC. CON EL MEDIO AMBIENTE	718,600 400 295,800	70.9 .1 29.1	490,000 0 0	100.0 - -	428,000 0 0	100.0 - -
GRAN TOTAL	1,014,800	100.0	490,000	100.0	428,000	100.0

\* MENOS DE .05 POR CIENTO

ASIGNACION POR CONCEPTO DE GASTOS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

ORIGEN DE FONDOS	CANTIDAD TOTAL	PROF. LOCAL PUESTO	PERSONAL CONS. DIAS	CANTIDAD	VIAJES EN COMISION DE SERV.	MESES	BECAS		CURSOS Y SEMINARIOS	SUMINISTR. EQUIPO	SUBVEN- CIONES	OTRAS APORT.
							CANTIDAD	CANTIDAD				
	\$			\$	\$		\$	\$	\$	\$	\$	\$
<b>1992-1993</b>												
OPS - PR	1,492,600	5	10	0	1,491,300	0	0	0	0	0	0	1,300
OMS - WR	1,244,800	3	6	0	899,400	33,400	0	0	50,300	15,900	0	245,800
TOTAL	2,737,400	8	16	0	2,390,700	33,400	0	0	50,300	15,900	0	247,100
% DEL TOTAL	100.0				87.4	1.2		.0	1.8	.6		9.0
<b>1994-1995</b>												
OPS - PR	2,026,100	5	9	0	2,024,800	0	0	0	0	0	0	1,300
OMS - WR	1,537,700	3	6	0	1,108,500	38,500	0	0	0	6,800	0	383,900
TOTAL	3,563,800	8	15	0	3,133,300	38,500	0	0	0	6,800	0	385,200
% DEL TOTAL	100.0				87.9	1.1		.0	.2	.2		10.8
<b>1996-1997</b>												
OPS - PR	2,238,800	6	9	0	2,237,300	0	0	0	0	0	0	1,500
OMS - WR	1,725,200	3	6	0	1,238,600	43,600	0	0	0	7,700	0	435,300
TOTAL	3,964,000	9	15	0	3,475,900	43,600	0	0	0	7,700	0	436,800
% DEL TOTAL	100.0				87.7	1.1		.0	.2	.2		11.0

-----  
 INSTITUTO DE ALIMENTACION Y NUTRICION DEL CARIBE (CFNI)  
 -----

1. El Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI), como parte del programa de cooperación técnica de la OPS en Alimentación y Nutrición, colabore con los gobiernos del Caribe a mejorar el estado nutricional de la población.
2. La estrategia programática empleada por el CFNI es congruente con el enunciado de su misión y con su objetivo general: "Colaborar con los Gobiernos Miembros en sus esfuerzos por lograr un nivel adecuado de bienestar nutricional y de seguridad alimentaria gracias a la identificación, la adaptación, el desarrollo, la ejecución y la evaluación de los programas apropiados con miras a fomentar, establecer y mantener un estado nutricional óptimo para toda la población de conformidad con la Estrategia de Atención Primaria de Salud."
3. En la mayoría de los países del Caribe, los problemas de nutrición de mayor importancia tienen que ver con las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas con la nutrición como la obesidad, la diabetes, la hipertensión, la cardiopatía coronaria y algunos cánceres. Aunque la estrategia de la CARICOM hace hincapié en estas inquietudes, los casos evidentes de desnutrición indican que siguen existiendo problemas especialmente en Guyana y Jamaica. En la mayoría de los países se ha observado también la anemia por carencia de hierro, en particular entre los grupos fisiológicamente vulnerables como las embarazadas, las mujeres que amamantan y los niños pequeños.
4. En consecuencia, la estrategia del CFNI abarca todas los aspectos relacionados con la nutrición, que van desde la desnutrición en los niños pequeños, las carencias de micronutrientes (hierro), en particular en los grupos más vulnerables (embarazadas, mujeres que amamantan y niños), hasta las personas que actualmente no presentan desequilibrios en la nutrición, pero que, sin embargo, corren riesgos debido al dinamismo del entorno nutricional; y, los adultos expuestos al riesgo de las enfermedades no transmisibles y los cánceres relacionados con la nutrición.
5. Para satisfacer las prioridades de la OPS, se crearon dos áreas programáticas: Promoción y protección de la nutrición y Disponibilidad y consumo de alimentos. Las actividades principales que se llevarán a cabo durante los próximos cinco años son las siguientes:
  6. Promoción y protección de la nutrición: De acuerdo con sus objetivos de vigilancia, el Instituto continuará movilizando la ayuda de los Coordinadores de Nutrición para recopilar y mejorar la información en el nivel de atención primaria. Se seguirá haciendo hincapié en las intervenciones escolares como el proyecto "Estilos de Vida" que se lleva a cabo actualmente en Jamaica. La Primera Conferencia Caribeña sobre Promoción de la Salud (1-4 de junio de 1993) promulgó la "Carta del Caribe para la Promoción de la Salud", que facilitará la coordinación de los esfuerzos de diferentes sectores, instituciones y grupos en el desarrollo de programas de acción específicos para fomentar la salud y promover cambios en el estilo de vida.
  7. Disponibilidad y consumo de alimentos: El CFNI continuará apoyando a los Países Miembros en la recopilación de datos para analizar el acceso a los alimentos; además, hará una revisión de los indicadores de vigilancia de la alimentación y la nutrición. La recopilación de datos sobre el consumo de alimentos por hogares y el análisis del acceso a los alimentos forman parte de los trabajos encomendados al CFNI para ayudar a que las instancias de planificación aseguren que los diversos grupos de la población tengan acceso a los alimentos.
  8. Entre las metas que el CFNI se propone alcanzar durante el período que está siendo considerado se destacan tres: que todos los países miembros del CARICOM hayan desarrollado una política de nutrición como parte de su política nacional de salud y que hayan reducido significativamente los riesgos para la salud derivados de la contaminación de los alimentos y estén aplicando medidas para proteger a los consumidores.

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1992-1993		1994-1995		1996-1997	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
III. CIENCIA Y TECNOLOGIA DE LA SALUD	1,917,300	100.0	1,892,500	100.0	2,068,900	100.0
ALIMENTACION Y NUTRICION	1,917,300	100.0	1,892,500	100.0	2,068,900	100.0
ALIMENTACION	396,700	20.7	258,400	13.7	283,500	13.7
NUTRICION	1,520,600	79.3	1,634,100	86.3	1,785,400	86.3
GRAN TOTAL	1,917,300	100.0	1,892,500	100.0	2,068,900	100.0

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1992-1993		1994-1995		1996-1997	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
III. CIENCIA Y TECNOLOGIA DE LA SALUD	983,800	100.0	539,000	100.0	595,000	100.0
ALIMENTACION Y NUTRICION	983,800	100.0	539,000	100.0	595,000	100.0
NUTRICION	983,800	100.0	539,000	100.0	595,000	100.0
GRAN TOTAL	983,800	100.0	539,000	100.0	595,000	100.0

ASIGNACION POR CONCEPTO DE GASTOS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

ORIGEN DE FONDOS	CANTIDAD TOTAL	PERSONAL		CANTIDAD	VIASES EN COMISION DE SERV.	CURSOS Y SEMINARIOS	BECAS	SUMINISTR. EQUIPO	SUBVEN-CIONES	OTRAS APORT.
		PROF. PUESTO	LOCAL COMS. DIAS							
<b>1992-1993</b>										
OPS - PR	1,144,100	6	0	1,073,600	69,600	0	0	0	0	900
OMS - WR	1,773,200	3	0	1,517,300	27,800	0	0	0	0	228,100
TOTAL	1,917,300	9	0	1,590,900	97,400	0	0	0	0	229,000
% DEL TOTAL	100.0			83.0	5.1					11.9
<b>1994-1995</b>										
OPS - PR	967,900	4	0	891,200	31,800	0	0	0	0	44,900
OMS - WR	924,600	3	0	598,200	29,000	0	0	0	0	297,400
TOTAL	1,892,500	7	0	1,489,400	60,800	0	0	0	0	342,300
% DEL TOTAL	100.0			78.7	3.2					18.1
<b>1996-1997</b>										
OPS - PR	1,056,900	4	0	870,100	36,000	0	0	0	0	50,800
OMS - WR	1,012,000	3	0	641,800	32,900	0	0	0	0	337,300
TOTAL	2,068,900	7	0	1,511,900	68,900	0	0	0	0	388,100
% DEL TOTAL	100.0			77.9	3.3					18.8

1. El Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP), institución especializada de la Organización Panamericana de la Salud y del Programa de Salud Maternoinfantil y Población, se financia a través de un convenio tripartito entre el Gobierno de Uruguay, la Universidad de ese país y la Organización Panamericana de la Salud, y es la respuesta de la Organización a la necesidad de mejora de la salud perinatal.

2. Los objetivos del Centro son: i) Contribuir con la Región de las Américas a mejorar la salud maternoinfantil, cooperando especialmente con los países en la identificación y solución de los principales problemas materno-perinatales; ii) Cooperar en el diseño, ejecución y evaluación de programas para la atención prenatal, del parto, del puerperio, del recién nacido y del crecimiento y desarrollo del niño; iii) Promover y apoyar investigaciones multidisciplinarias locales y colaborativas multicéntricas y el desarrollo de tecnologías apropiadas aplicable a distintos niveles de atención en el área materno-perinatal, así como difundir sus resultados y fortalecer el desarrollo de los sistemas locales de salud; iv) Movilizar recursos de cooperación y apoyar las capacidades nacionales de formación de personal para crear una mesa crítica de perinatólogos, conformando una red regional; y v) Favorecer la toma de decisión en los sistemas locales de salud por medio de la implantación de los sistemas informáticos perinatales, pediátricos y del adolescente.

3. Las líneas de acción del Centro incluyen la Cooperación Técnica con los países; Desarrollo de Recursos Humanos; Investigación y Desarrollo de Tecnología Apropriada; Promoción y Difusión de Información y de Movilización de Recursos. Estarán basadas en: a) el mejoramiento de los sistemas nacionales de información perinatal como base de aplicación de la epidemiología en la planificación de programas de salud a nivel intermedio y fundamentalmente a nivel local y b) el aporte de bases científicas para la transformación de los servicios locales de salud a través de proyectos que faciliten la mejor y mayor aplicación de las tecnologías previamente evaluadas para disminuir la iatrogenia derivada de la aplicación innecesaria y onerosa de procedimientos y técnicas de dudosa eficacia. Algunos programas prioritarios del Centro en este sentido son: epidemiología de la cesárea, evaluación de modelos de la atención prenatal y del parto, de modelos con alta precocidad de la puerpera y el recién nacido, evaluación de las tecnologías

para determinación del riesgo fetal, epidemiología del bajo peso al nacer, hábitos y uso de fármacos durante el embarazo, desarrollo de instrumentos para evaluar el crecimiento y desarrollo postnatal, etc.

4. El CLAP desarrollará una intensa actividad docente que permitirá en el Bienio 94-95 capacitar a cerca de 2000 profesionales de distintos niveles de especialidad, a través de sus cursos de formación de posgrado y cursos cortos como el Taller de Tecnologías Perinatales, el curso de Metodología para la Investigación Epidemiológica, Operacional y Clínica, con ejemplos en el área perinatal y maternoinfantil y el curso de introducción a la salud pública maternoinfantil y perinatal.

5. Promoción y difusión de información sobre salud perinatal. El CLAP proporcionará a los países de la Región información bibliográfica sobre perinatología, ginecoobstetricia y neonatología; hará la reproducción y distribución de materiales impresos; preparará artículos y producirá material didáctico audiovisual para difusión de conocimientos sobre salud perinatal y maternoinfantil. En especial, el Centro reforzará la edición periódica y distribución del Boletín "Salud Perinatal" (15000 ejemplares) en varios idiomas, con material dirigido a todos los integrantes del equipo de salud.

6. Todas las publicaciones del Centro se harán llegar a una amplia red de Bibliotecas y Centros de Documentación de los países de la Región. En este sentido se dará alta prioridad a la producción y edición de guías normativas que analizan la eficacia y seguridad de las tecnologías disponibles para colaborar en el proceso de revisión y cambio de los servicios de salud a la luz del desarrollo tecnológico de la Región.

7. La movilización y coordinación de recursos con el INCAP, CFNI, CDC y otros centros de la Organización, así como la búsqueda de recursos con el CDC, la Fundación Kellogg, la Agencia de Cooperación del Gobierno Canadiense y otros, se continuará promoviendo.

8. El CLAP también apoyará especialmente con estas actividades a los núcleos nacionales que integran la Red Regional Perinatal en 22 países de la Región.

## PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1992-1993		1994-1995		1996-1997	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
III. CIENCIA Y TECNOLOGIA DE LA SALUD	1,526,000	100.0	1,714,100	100.0	1,899,000	100.0
SALUD DE LA MADRE Y EL NINO	1,526,000	100.0	1,714,100	100.0	1,899,000	100.0
CRECIMIENTO, DESARROLLO Y REPRODUCCION HUMANA	1,526,000	100.0	1,714,100	100.0	1,899,000	100.0
GRAN TOTAL	1,526,000	100.0	1,714,100	100.0	1,899,000	100.0

## PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1992-1993		1994-1995		1996-1997	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
III. CIENCIA Y TECNOLOGIA DE LA SALUD	2,637,200	100.0	0	0	0	0
SALUD DE LA MADRE Y EL NINO	2,637,200	100.0	0	0	0	0
CRECIMIENTO, DESARROLLO Y REPRODUCCION HUMANA	2,637,200	100.0	0	0	0	0
GRAN TOTAL	2,637,200	100.0	0	0	0	0

ASIGNACION POR CONCEPTO DE GASTOS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

ORIGEN DE FONDOS	CANTIDAD TOTAL	PROF PUESTO	LOCAL COMS DIAS	CANTIDAD	VIAJES EN COMISION DE SERV.	MESES	CANTIDAD	CURSOS Y SEMINARIOS	SUMINISTR. EQUIPO	SUBVEN- CIONES	OTRAS APORT.
	\$			\$	\$		\$	\$	\$	\$	\$
<b>1992-1993</b>											
OPS - PR	1,304,500	2	1	505,700	58,200	0	0	29,300	70,200	0	641,200
OMS - WR	221,400	1	0	199,400	22,000	0	0	0	0	0	0
TOTAL	1,526,000	3	1	705,100	80,200	0	0	29,300	70,200	0	641,200
% DEL TOTAL	100.0			46.2	5.3		.0	1.9	4.6	.0	42.0
<b>1994-1995</b>											
OPS - PR	1,472,300	2	1	798,700	57,500	0	0	34,000	95,500	0	486,600
OMS - WR	241,800	1	0	220,000	21,800	0	0	0	0	0	0
TOTAL	1,714,100	3	1	1,018,700	79,300	0	0	34,000	95,500	0	486,600
% DEL TOTAL	100.0			59.4	4.6		.0	2.0	5.6	.0	28.4
<b>1996-1997</b>											
OPS - PR	1,637,900	2	1	874,100	65,200	0	0	38,600	108,300	0	551,700
OMS - WR	261,100	1	0	236,400	24,700	0	0	0	0	0	0
TOTAL	1,899,000	3	1	1,110,500	89,900	0	0	38,600	108,300	0	551,700
% DEL TOTAL	100.0			58.5	4.7		.0	2.0	5.7	.0	29.1

## CENTRO PANAMERICANO DE ECOLOGIA HUMANA Y SALUD (ECO)

1. En el marco de la cooperación técnica de la División de Ambiente y Salud (HPE) de la OPS, el Centro Panamericano de Ecología Humana y Salud (ECO), ha sido responsable por la cooperación con los países miembros en el mejoramiento del estado de salud de las poblaciones humanas al evitar o disminuir los efectos adversos sobre la salud que resultan de las modificaciones o contaminación del ambiente que acompañan al desarrollo económico y a la industrialización. A partir de 1983, el Consejo Directivo de la OPS, revisó el mandato originalmente conferido a ECO en los siguientes términos: i) Colaborar con los países miembros de la Organización en los aspectos epidemiológicos y toxicológicos de los efectos en salud de los principales contaminantes químicos de origen industrial y agrícola; y ii) Integrar una red de centros colaboradores en la Región para el fomento del adiestramiento, el intercambio de información y los programas de investigación aplicada en el área de ecología humana y salud.

2. A partir de 1986 los cuerpos de Gobierno de la OPS aprobaron la creación del Programa Regional de Seguridad de las Sustancias Químicas (PRSSQ) en el cual ECO interviene en forma activa.

3. México fue seleccionado como país anfitrión de ECO, en 1980 las autoridades nacionales hicieron entrega a la OPS de las instalaciones físicas que actualmente ocupa el Centro en el Municipio de Meptepet, Estado de México. ECO se encuentra a 64 km. de la Ciudad de México, por la carretera federal No. 15 México-Toluca.

4. El Centro Panamericano de Ecología Humana y Salud ha observado las siguientes Estrategias Globales de Cooperación Técnica: i) Promover la conformación de una Red Regional de Centros Colaborantes que reúna a instituciones de excelencia técnica en temas relacionados con la Evaluación de Riesgos a la Salud; ii) Movilizar recursos externos en apoyo al desarrollo y puesta en práctica de iniciativas regionales, subregionales, nacionales e internacionales en temas prioritarios a la salud ambiental; iii) Ampliar nexos de coordinación

dentro de la División de Salud Ambiental de la OPS, así como con otras Divisiones y Programas de la Organización, de interés a los programas y proyectos relacionados con la evaluación de riesgos a la salud resultantes de la exposición a agentes contaminantes del medio; iv) Fortalecer la capacidad operativa técnica y administrativa de ECO, con la finalidad de desarrollar metodologías en temas relacionados con la evaluación de riesgos, la epidemiología, la toxicología ambiental, y el control de la calidad analítica de laboratorios, a través del trabajo coordinado con los centros colaboradores; v) Fortalecer los vínculos de trabajo entre instituciones nacionales e internacionales dedicadas a la evaluación de riesgos; y vi) Fortalecer los mecanismos para incorporar la discusión de los problemas y soluciones locales a los problemas de ambiente y salud a través de los Servicios Locales de Salud (Sitos).

5. Las metas bienales del Centro son: i) Consolidar el trabajo del Centro a través de la conformación de una Red Regional de Centros Colaborantes en temas relacionados con la evaluación de riesgos en torno a problemas prioritarios a la salud ambiental; ii) Adaptar y transferir metodologías de evaluación de riesgos aplicables a las condiciones técnicas prevalentes en los países de la Región y apoyar técnicamente la realización de estudios de problemas prioritarios, especialmente en los temas: contaminantes atmosféricos, metales pesados, plaguicidas y residuos peligrosos; iii) Apoyar a programas de postgrado en temas relacionados con evaluación de riesgos, epidemiología ambiental y toxicología, además de publicar materiales educativos y apoyos didácticos para el desarrollo de recursos humanos a nivel local; iv) Publicar materiales técnicos (criterios, manuales guías) que apoyen procesos normativos y reglamentarios; v) Promover el acceso, interpretación y uso de información toxicológica y de evaluación de riesgos a la salud; Promover programas de control de calidad y seguridad analítica en laboratorios toxicológicos en niveles locales y regionales; y vii) Promover el desarrollo de un programa regional de prevención y preparativos ante emergencias químicas.

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1992-1993		1994-1995		1996-1997	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
III. CIENCIA Y TECNOLOGIA DE LA SALUD	1,696,400	100.0	1,895,100	100.0	2,078,200	100.0
SALUD AMBIENTAL	1,696,400	100.0	1,895,100	100.0	2,078,200	100.0
CONTROL DE RIESGOS RELAC. CON EL MEDIO AMBIENTE	1,696,400	100.0	1,895,100	100.0	2,078,200	100.0
GRAN TOTAL	1,696,400	100.0	1,895,100	100.0	2,078,200	100.0

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1992-1993		1994-1995		1996-1997	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
III. CIENCIA Y TECNOLOGIA DE LA SALUD	1,127,300	100.0	816,200	100.0	802,700	100.0
SALUD AMBIENTAL	1,127,300	100.0	816,200	100.0	802,700	100.0
CONTROL DE RIESGOS RELAC. CON EL MEDIO AMBIENTE	1,127,300	100.0	816,200	100.0	802,700	100.0
GRAN TOTAL	1,127,300	100.0	816,200	100.0	802,700	100.0

ASIGNACION POR CONCEPTO DE GASTOS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

ORIGEN DE FONDOS	CANTIDAD TOTAL	PERSONAL		CANTIDAD	VIAJES EM COMISION DE SERV.	MESES	BECAS		CURSOS Y SEMINARIOS	SUMINISTR. EQUIPO	SUBVEN- CIONES	OTRAS APORT.
		PROF. PUESTO	LOCAL CONS. DIAS				CANTIDAD	CANTIDAD				
<b>1992-1993</b>												
OPS - PR	900,400	2	0	693,600	53,100	0	0	0	5,000	105,100	0	153,700
OMS - WR	796,000	2	175	436,700	53,100	0	0	0	0	0	0	196,100
TOTAL	1,696,400	5	175	1,130,300	106,200	0	0	0	5,000	105,100	0	349,800
% DEL TOTAL	100.0			66.6	6.3		.0		.3	6.2	.0	20.6
<b>1994-1995</b>												
OPS - PR	1,039,400	3	0	764,400	60,200	0	0	0	5,700	119,100	0	214,800
OMS - WR	855,700	2	175	489,300	60,200	0	0	0	0	0	0	161,400
TOTAL	1,895,100	5	175	1,253,700	120,400	0	0	0	5,700	119,100	0	396,200
% DEL TOTAL	100.0			66.1	6.4		.0		.3	6.3	.0	20.9
<b>1996-1997</b>												
OPS - PR	1,138,700	3	0	826,800	68,300	0	0	0	6,500	135,100	0	243,600
OMS - WR	939,500	2	175	523,900	68,300	0	0	0	0	0	0	205,700
TOTAL	2,078,200	5	175	1,350,700	136,600	0	0	0	6,500	135,100	0	449,300
% DEL TOTAL	100.0			65.0	6.6		.0		.3	6.5	.0	21.6

1. El Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP), está ubicado en la ciudad de Guatemala, Guatemala bajo la División de Promoción y Protección de la Salud.

2. Enfoca su quehacer alrededor de los programas prioritarios de los países centroamericanos, teniendo en cuenta las orientaciones estratégicas y prioridades programáticas de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y en especial, como parte fundamental del programa regional de cooperación técnica en Alimentación y Nutrición.

3. La información disponible en la región centroamericana confirma los considerables avances en la situación de nutrición en varios grupos de población; así las tasas de mortalidad infantil y preescolar han disminuido marcadamente en todos los países y la desnutrición proteínico-energética ha mejorado en cuatro de los países del área. Sin embargo, a la población que crónicamente ha mantenido deficiencias en la capacidad de las familias para obtener alimentos suficientes para cubrir las necesidades nutricionales de sus miembros, se ha agregado el grupo que actualmente está siendo afectado por la difícil situación socioeconómica imperante en Centroamérica.

4. La mayoría de los problemas nutricionales de esta región son por déficit crónico en la ingestión proteínico-energética y de micronutrientes y, en menor grado, por excesos asociados a obesidad, y estilos de vida inadecuados. No

obstante, debido a las condiciones de vida precarias en la actualidad, como se anotó ya, existen cuadros clínicos de desnutrición aguda por falta de alimentos en algunos grupos de población.

5. El INCAP ha preparado un Plan Estratégico de Desarrollo Institucional 1991-2000, en el cual se han plasmado los lineamientos para sus acciones de cooperación técnica y las políticas de formación de recursos humanos, investigación, comunicación e información, así como para la obtención de los recursos financieros que garanticen la operación sostenida del Instituto.

6. Con base en dicho Plan, las acciones principales que desarrollará el INCAP en los próximos años, seguirán los siguientes lineamientos: i) Atención en alimentación, nutrición y salud de los grupos menos favorecidos promoviendo la seguridad alimentaria-nutricional a nivel comunitario y familiar; ii) Prevención de deficiencias nutricionales específicas, especialmente de los micronutrientes identificados como carenciales en la región centroamericana, incluyendo yodo, hierro, vitamina A, y en menor grado, flúor y zinc; iii) Prevención y tratamiento de las enfermedades infecciosas que afectan el estado nutricional; iv) Protección de alimentos y orientación al consumidor; v) Promoción de dietas adecuadas y estilos de vida sanos, dirigidos a la reducción de los problemas nutricionales por deficiencias y excesos y al fomento de la actividad física en los grupos sedentarios; vi) Vigilancia de la situación alimentario-nutricional y apoyo a la incorporación de objetivos nutricionales en todos los programas de desarrollo social; vii) De igual modo, el INCAP continuará fortaleciendo las capacidades nacionales en cada uno de los países para el desarrollo de la investigación epidemiológica y operacional.

## PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1992-1993		1994-1995		1996-1997	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
III. CIENCIA Y TECNOLOGIA DE LA SALUD	3,231,000	100.0	3,461,700	100.0	3,884,500	100.0
ALIMENTACION Y NUTRICION	3,231,000	100.0	3,461,700	100.0	3,884,500	100.0
ALIMENTACION	551,900	17.1	644,700	18.6	731,100	18.8
NUTRICION	2,679,100	82.9	2,817,000	81.4	3,153,400	81.2
GRAN TOTAL	9,231,000	100.0	9,461,700	100.0	9,884,500	100.0

## PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1992-1993		1994-1995		1996-1997	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
III. CIENCIA Y TECNOLOGIA DE LA SALUD	14,267,000	100.0	14,270,000	100.0	14,200,000	100.0
ALIMENTACION Y NUTRICION	14,267,000	100.0	14,270,000	100.0	14,200,000	100.0
NUTRICION	14,267,000	100.0	14,270,000	100.0	14,200,000	100.0
GRAN TOTAL	14,267,000	100.0	14,270,000	100.0	14,200,000	100.0

ASIGNACION POR CONCEPTO DE GASTOS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

ORIGEN DE FONDOS	CANTIDAD TOTAL	PROF. PUESTO	LOCAL PUESTO	PERSONAL COMS. DIAS	CANTIDAD	VIAJES EM COMISION DE SERV.	MESES	BECAS- CANTIDAD	CURSOS Y SEMINARIOS	SUMINISTR. EQUIPO	SUBVEN- CIONES	OTRAS APORT.
<b>1992-1993</b>												
OPS - PR	2,947,500	2	0	120	2,305,900	148,500	15	30,000	80,000	125,600	0	257,500
OMS - WR	283,500	0	0	0	283,500	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	3,231,000	2	0	120	2,589,400	148,500	15	30,000	80,000	125,600	0	257,500
% DEL TOTAL	100.0				80.1	4.6		.9	2.5	3.9	.0	8.0
<b>1994-1995</b>												
OPS - PR	3,199,100	2	0	247	2,377,000	174,400	19	38,000	96,100	110,800	0	352,800
OMS - WR	312,600	0	0	0	312,600	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	3,461,700	2	0	247	2,689,600	174,400	19	38,000	96,100	110,800	0	352,800
% DEL TOTAL	100.0				77.7	5.0		1.1	2.8	3.2	.0	10.2
<b>1996-1997</b>												
OPS - PR	3,530,000	2	0	247	2,659,600	197,700	19	38,000	109,000	125,600	0	400,100
OMS - WR	354,500	0	0	0	354,500	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	3,884,500	2	0	247	3,014,100	197,700	19	38,000	109,000	125,600	0	400,100
% DEL TOTAL	100.0				77.6	5.1		1.0	2.8	3.2	.0	10.3

-----  
 INSTITUTO PANAMERICANO DE PROTECCION DE ALIMENTOS Y ZONOSIS (INPPAZ)  
 -----

1. El Instituto Panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis (INPPAZ), fue creado en 1991, y tiene su sede en Buenos Aires, Argentina. El Instituto depende de la División de Prevención y Control de las Enfermedades Transmisibles (HPC) y es parte integral del Programa de Salud Pública Veterinaria (HCV).
2. El Instituto tiene como misión la de proveer a los países miembros de la Organización y a las iniciativas de integración de los mismos, servicios de cooperación técnica y de referencia e investigación, para la solución de problemas relacionados con la protección sanitaria de los alimentos, las zoonosis y el fortalecimiento de los laboratorios de salud.
3. Cumple con las funciones de referencia internacional, investigación aplicada, capacitación asesoría técnica directa y difusión de información.
4. La estrategia global de cooperación técnica para los bienes 1994-1995 y 1996-1997 está enmarcada en el acuerdo constitutivo del INPPAZ y en las Orientaciones Estratégicas y Prioridades Programáticas de la Organización en el campo de la salud pública veterinaria como son: el Programa Regional de

Cooperación Técnica en Protección de Alimentos, el Programa Regional de Eliminación de la Rabia y el Programa Regional de Erradicación de la Tuberculosis Bovina.

5. Dentro de este contexto el INPPAZ centralizará la cooperación técnica a través de las actividades siguientes: Análisis de residuos; control de calidad de biológicos y reactivos; estandarización de normas y procedimientos; diagnóstico de enfermedades; producción de patrones de referencia; producción de animales de laboratorio; apoyar el desarrollo de redes nacionales y subregionales de laboratorios; desarrollar manuales básicos sobre ingeniería de producción de biológicos; investigación aplicada; apoyar estudios sobre impacto social y económico de las zoonosis y las pérdidas por fallas en protección de alimentos; mejorar el conocimiento del proceso salud/enfermedad de las Enfermedades Transmítidas por Alimentos (ETA) y las zoonosis en diferentes ecosistemas; las ETA y su impacto sobre el turismo; ejecutar y apoyar la realización de cursos, seminarios y talleres en la sede del INPPAZ y en los países; adiestramiento en servicio en el INPPAZ; programa de profesionales residentes; formulación y evaluación de programas; fortalecimiento de sistemas nacionales de información y vigilancia epidemiológica; fortalecimiento de los programas de prevención de enfermedades exóticas; fortalecer los servicios nacionales de salud pública veterinaria; apoyar las iniciativas de integración subregional en el campo de la salud y el comercio agropecuario; difundir información técnico-científica.

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1992-1993		1994-1995		1996-1997	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
III. CIENCIA Y TECNOLOGIA DE LA SALUD	3,609,400	100.0	3,825,100	100.0	4,188,400	100.0
SALUD PUBLICA VETERINARIA	3,609,400	100.0	3,825,100	100.0	4,188,400	100.0
INOCUIDAD DE LOS ALIMENTOS	714,700	19.8	1,430,100	37.4	1,567,400	37.4
ZONOSIS	2,894,700	80.2	2,395,000	62.6	2,621,000	62.6
GRAN TOTAL	3,609,400	100.0	3,825,100	100.0	4,188,400	100.0

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1992-1993		1994-1995		1996-1997	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
III. CIENCIA Y TECNOLOGIA DE LA SALUD	3,364,700	100.0	4,034,700	100.0	4,500,000	100.0
SALUD PUBLICA VETERINARIA	3,364,700	100.0	4,034,700	100.0	4,500,000	100.0
INOCUIDAD DE LOS ALIMENTOS	2,049,000	60.9	2,421,000	60.0	2,700,000	60.0
ZONOSIS	1,315,700	39.1	1,613,700	40.0	1,800,000	40.0
GRAN TOTAL	3,364,700	100.0	4,034,700	100.0	4,500,000	100.0

## ASIGNACION POR CONCEPTO DE GASTOS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

ORIGEN DE FONDOS	CANTIDAD TOTAL	PROF. PUESTO	LOCAL CONS. DIAS	CANTIDAD	VIAJES EN COMISION DE SERV.	MESES	BECAS	CANTIDAD	CURSOS Y SEMINARIOS	SUMINISTR. EQUIPO	SUBVEN. CIJNES	OTRAS APORT.
	\$			\$	\$			\$	\$	\$	\$	\$
1992-1993												
OPS - PR	3,609,400	9	0	1,804,600	88,200	37	74,000	32,300	400,200	0	1,210,100	
TOTAL	3,609,400	9	0	1,804,600	88,200	37	74,000	32,300	400,200	0	1,210,100	
% DEL TOTAL	100.0			50.0	2.4		2.1	.9	11.1	.0	99.8	
1994-1995												
OPS - PR	3,825,100	9	0	2,355,900	188,600	36	72,000	268,700	455,000	0	484,900	
TOTAL	3,825,100	9	0	2,355,900	188,600	36	72,000	268,700	455,000	0	484,900	
% DEL TOTAL	100.0			61.6	4.9		1.9	7.0	11.9	.0	12.7	
1996-1997												
OPS - PR	4,188,400	9	0	2,531,800	213,900	36	72,000	304,700	516,000	0	550,000	
TOTAL	4,188,400	9	0	2,531,800	213,900	36	72,000	304,700	516,000	0	550,000	
% DEL TOTAL	100.0			60.5	5.1		1.7	7.3	12.3	.0	13.1	

CENTRO PANAMERICANO DE FIEBRE AFTOSA (PANAFATOSA)

1. El Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFATOSA), con sede en Río de Janeiro, Brasil, inició sus actividades en 1951. El Centro depende de la División de Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles (HPC) y es parte integral del Programa de Salud Pública Veterinaria de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

2. El Centro tiene como misión fundamental brindar cooperación técnica a los programas nacionales de prevención, control y erradicación de la fiebre aftosa y otras enfermedades vesiculares de los países miembros de la Organización; servir como laboratorio de referencia regional; promover y mantener un sistema de información y vigilancia epidemiológica continental; promover la colaboración entre países, y capacitar recursos humanos.

3. La V Reunión Interamericana de Salud Animal a Nivel Ministerial (RIMSA V), celebrada en 1987, encomendó a la OPS y a la Comisión Suramericana de Lucha contra la Fiebre Aftosa (COSALFA) la elaboración del Programa Hemisférico de Erradicación de la Fiebre Aftosa (PHEFA), y constituyó el Comité Hemisférico para la Erradicación de la Fiebre Aftosa (COHEFA), integrado por un representante de los gobiernos y uno de los productores de cada una de las subregiones: Cono Sur, Andina, Amazónica y Brasil, Centroamérica, el Caribe y Norteamérica. La erradicación de la fiebre aftosa está incorporada en las Orientaciones Estratégicas y Prioridades Programáticas de la OPS.

4. En los próximos años la cooperación técnica de PANAFATOSA se orientará a fortalecer las estructuras a nivel nacional y subregional, que están empujadas en el esfuerzo de avanzar en el cumplimiento de los objetivos del Programa Hemisférico de Erradicación de la Fiebre Aftosa y de las "Orientaciones Estratégicas y Prioridades Programáticas de la Organización Panamericana de la

Salud para el Cuadrenio 1991-1994", que establece entre sus metas: "Reducir la morbilidad animal por fiebre aftosa durante el cuadrenio, en consistencia con los esfuerzos encaminados a eliminar el hemisferio en el año 2000".

5. La programación hemisférica aprobada por los países miembros en las últimas COSALFA, COHEFA y RIMSA, tiene como principales lineamientos estratégicos: la regionalización epidemiológica de la fiebre aftosa sobre la base de los sistemas productivos y los flujos comerciales para orientar las acciones de control, la creación de áreas libres, la descentralización, los sistemas locales de atención veterinaria estructurados sobre la base de comités locales de erradicación de la fiebre aftosa, la participación social y la diferenciación de los productores.

6. La meta global en los bienios 1994-1995 y 1996-1997 es cooperar para que los países afectados por la fiebre aftosa de América del Sur intensifiquen y adecúen sus programas y alcancen un control avanzado, liberando áreas de la enfermedad, en el marco del Programa Hemisférico de Erradicación de la Fiebre Aftosa (PHEFA).

7. En los países libres de la enfermedad de América del Norte y Central, el Caribe, Guyana, Guyana Francesa, Suriname, Chile y Uruguay es cooperar para que se fortalezcan los programas de prevención con énfasis en los sistemas cuarentenarios de sus fronteras, puertos y aeropuertos y de sus sistemas de vigilancia epidemiológica.

8. Las actividades para cada subregión son diferentes de acuerdo al estado actual de avance de los programas.

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1992-1993		1994-1995		1996-1997	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
III. CIENCIA Y TECNOLOGIA DE LA SALUD	8,114,900	100.0	7,840,700	100.0	8,843,400	100.0
SALUD PUBLICA VETERINARIA	8,114,900	100.0	7,840,700	100.0	8,843,400	100.0
FIEBRE AFTOSA	FMD	100.0	7,840,700	100.0	8,843,400	100.0
GRAM TOTAL	8,114,900	100.0	7,840,700	100.0	8,843,400	100.0

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS - FONDOS NO ORDINARIOS

CLASIFICACION DE PROGRAMAS	1992-1993		1994-1995		1996-1997	
	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL	CANTIDAD	% DEL TOTAL
III. CIENCIA Y TECNOLOGIA DE LA SALUD	5,238,500	100.0	4,520,000	100.0	4,520,000	100.0
SALUD PUBLICA VETERINARIA	5,238,500	100.0	4,520,000	100.0	4,520,000	100.0
FIEBRE AFTOSA	FMD	100.0	4,520,000	100.0	4,520,000	100.0
GRAM TOTAL	5,238,500	100.0	4,520,000	100.0	4,520,000	100.0

ASIGNACION POR CONCEPTO DE GASTOS - FONDOS ORDINARIOS DE LA OPS Y LA OMS

ORIGEN DE FONDOS	CANTIDAD TOTAL	PROF. PUESTO	LOCAL PUESTO	PERSONAL CONS. DIAS	CANTIDAD	VIAJES EN COMISION DE SERV.	MESES	BECAS	CANTIDAD	CURSOS Y SEMINARIOS	SUMINISTR. EQUIPO	SUBVEN- CIONES	OTRAS APORT.
	\$				\$	\$		\$	\$	\$	\$	\$	\$
1992-1993													
OPS - PR	8,114,900	14	57	415	6,799,000	309,000	60	120,000	123,000	179,200	0	584,700	
TOTAL	8,114,900	14	57	415	6,799,000	309,000	60	120,000	123,000	179,200	0	584,700	
% DEL TOTAL	100.0				83.8	3.8		1.5	1.5	2.2	.0	7.2	
1994-1995													
OPS - PR	7,840,700	15	53	367	6,555,300	303,300	55	110,000	122,100	176,000	0	574,000	
TOTAL	7,840,700	15	53	367	6,555,300	303,300	55	110,000	122,100	176,000	0	574,000	
% DEL TOTAL	100.0				83.6	3.9		1.4	1.6	2.2	.0	7.3	
1996-1997													
OPS - PR	8,843,400	15	53	367	7,400,400	343,000	55	110,000	138,500	199,600	0	651,000	
TOTAL	8,843,400	15	53	367	7,400,400	343,000	55	110,000	138,500	199,600	0	651,000	
% DEL TOTAL	100.0				83.6	3.9		1.2	1.6	2.3	.0	7.4	