

comité ejecutivo del  
consejo directivo



ORGANIZACION  
PANAMERICANA  
DE LA SALUD

grupo de trabajo del  
comité regional

ORGANIZACION  
MUNDIAL  
DE LA SALUD



97a Reunión  
Washington, D.C.  
Junio 1986

Tema 4.5 del programa provisional

CE97/19 (Esp.)  
12 abril 1986  
ORIGINAL: ESPAÑOL

SUBREGION ANDINA, PLAN DE ACCION CONJUNTO

En la XI Reunión de los Ministros de Salud del Area Andina (REMSAA XI) llevada a cabo en Lima, Perú, en diciembre de 1985, los Ministros, en sus Resoluciones XI/177 y XI/179 decidieron fortalecer aun más las relaciones de trabajo entre la OPS y la Secretaría del Convenio Hipólito Unanue. Para cumplir con este propósito, se está trabajando en un programa conjunto OPS/Convenio Hipólito Unanue para el año 1986 y ya se está desarrollando un plan de trabajo de mediano plazo.

Siguiendo con la estrategia de enfocar actividades en forma subregional, tal como se ha hecho en Centroamérica y en el Caribe, se está preparando un "Plan de Acción Conjunto" para los países del Area Andina.

Las nueve áreas prioritarias establecidas por los Ministros de Salud del Area Andina para el trabajo conjunto con la Secretaría del Convenio Hipólito Unanue, serán uno de los pilares de este plan, que incluirá, además, las actividades interpaíses que promueven los Gobiernos y la Organización y la colaboración técnica de la OPS en cada país.

Este documento se presenta para el conocimiento y los comentarios del Comité Ejecutivo antes de su presentación a la XXII Conferencia Sanitaria Panamericana para su consideración.

## INDICE

	<u>Página</u>
I. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACION . . . . .	1
1. Area geográfica y población . . . . .	1
2. El Acuerdo de Cartagena . . . . .	2
3. El Convenio Hipólito Unanue . . . . .	2
II. PROBLEMAS DE SALUD COMUNES A LOS PAISES DEL AREA ANDINA . . . . .	5
III. OBJETIVOS DEL PLAN DE ACCION CONJUNTO . . . . .	8
IV. AREAS PRIORITARIAS . . . . .	8
V. DESARROLLO FUTURO DEL PLAN DE ACCION CONJUNTO PARA LOS PAISES DEL AREA ANDINA . . . . .	9
1. Promoción del Plan de Acción Conjunto . . . . .	9
2. Desarrollo de proyectos . . . . .	10

## SUBREGION ANDINA, PLAN DE ACCION CONJUNTO

## I. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACION

La mayoría de los países de América Latina sufren actualmente la peor recesión económica en 50 años. En 1980, el crecimiento del producto nacional bruto comenzó a disminuir en la Región en general y la situación se agravó aun más en algunos países.

La crisis ha producido una disminución del producto nacional bruto (PNB) per cápita y ha empeorado las condiciones de vida, especialmente de los sectores menos favorecidos de la sociedad. El resultado de esto ha sido la marginalización de un mayor número de personas y un menor acceso a bienes y servicios indispensables, como educación, alimentación y vivienda.

La Organización Panamericana de la Salud ha decidido concentrar esfuerzos en el establecimiento de enfoques subregionales a fin de reducir las duplicaciones, utilizar al máximo los recursos disponibles y proporcionar un mecanismo para el diálogo y la coordinación entre los países.

El primer intento significativo por realizar actividades coordinadas a nivel subregional se hizo en los países de América Central y Panamá. La experiencia adquirida demostró claramente los méritos de ese enfoque, y los resultados obtenidos hasta la fecha han sido muy alentadores. Dado el éxito de esta iniciativa se ha procedido del mismo modo en el Caribe, junto con CARICOM, y este año se propone comenzar a tomar las medidas conducentes a la formulación y ejecución de un Plan de Acción Conjunto para los países del Grupo Andino, constituido por Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela, en estrecha colaboración con el Convenio Hipólito Unanue.

1. Area geográfica y población

El área geográfica comprendida por Bolivia (1.098.581 km<sup>2</sup>), Colombia (1.141.748 km<sup>2</sup>), Ecuador (270.676 km<sup>2</sup>), Perú (1.285.216 km<sup>2</sup>), y Venezuela (916.465 km<sup>2</sup>) representa un total de extensión territorial de 4.712.716 km<sup>2</sup>. Dentro de esta vasta área geográfica se encuentran todos los tipos de unidades fisiográficas naturales: altiplano, valles, llanos, selva y desierto.

La población total del Area Andina se estima en alrededor de 76.000.000: Bolivia, 6.252.721 (1984); Colombia, 27.503.600 (1983); Ecuador, 8.072.000 (1982), Perú, 17.750.800 (1981), y Venezuela,

16.393.726 (1983). La concentración de la población varía entre 76% en áreas urbanas en Venezuela a 47% en Bolivia; las tasas de crecimiento demográfico aunque están bajando lentamente, todavía son muy altas, con el resultado que los grupos etarios jóvenes representan una gran proporción de la población. Al mismo tiempo, la reducción en la mortalidad conduce también al aumento de los grupos de edad más avanzada.

La distribución de las poblaciones varía grandemente dentro de los países en cuanto a sus características étnicas, culturales, niveles de educación, costumbres e ingresos económicos, representando en su totalidad un mosaico muy complejo donde se encuentran condiciones de vida desde las más elementales hasta las más refinadas en las grandes urbes.

## 2. El Acuerdo de Cartagena

En 1969 los Gobiernos de Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador y Perú firmaron un acuerdo de integración subregional conocido como el "Acuerdo de Cartagena". Este tiene como objetivos promover el desarrollo equilibrado y armónico de los Países Miembros, acelerar su crecimiento mediante la integración económica, facilitar su participación en el proceso de integración que fue previsto en el Tratado de Montevideo y establecer condiciones favorables para la conversión de la Asociación Latinoamericana de Libre Comercio en un mercado común, todo ello con la finalidad de promover un mejoramiento en el nivel de vida de los habitantes de la Subregión. Se consideró que el desarrollo equilibrado y armónico deberá conducir a una distribución equitativa de los beneficios derivados de la integración entre los Países Miembros, de modo de reducir las diferencias existentes entre ellos. Los resultados de este proceso se medirían tomando en cuenta entre otros factores, sus efectos sobre la expansión de la importación global de cada país, el comportamiento de su balanza comercial con la Subregión, la evaluación de su producto territorial bruto, la generación de nuevos empleos y la promoción de inversiones de capital.

Para alcanzar estos objetivos se emplearían los mecanismos de armonización de políticas económicas y sociales y la aproximación de las legislaciones nacionales en las materias pertinentes.

Dentro del ámbito del Acuerdo de Cartagena se establecieron convenios formales en las áreas de educación (Convenio Andrés Bello), Seguridad Social (Convenio Simón Rodríguez) y salud (Convenio Hipólito Unanue). Se estableció además la Corporación Andina de Fomento.

## 3. El Convenio Hipólito Unanue

En diciembre de 1971, los Gobiernos de Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, Perú y Venezuela, representados por sus Ministros de Salud, con

el propósito de "procurar un mejoramiento persistente en el nivel de vida de los habitantes de la Subregión" y consciente que para ello es imperativo coordinar los esfuerzos del Area Andina en materia de salud, firmaron un convenio que, en homenaje al insigne médico peruano, llevaría el nombre "Hipólito Unanue". El Convenio tiene por objeto mejorar la salud humana, para lo cual se iniciarán acciones coordinadas para darle solución a los problemas que en forma semejante afectan a los países del Area, entre los cuales figuran: los fronterizos de salud, especialmente los vinculados con las enfermedades transmisibles y con las migraciones poblacionales; la desnutrición; el saneamiento ambiental; la protección maternoinfantil; la educación sanitaria de las poblaciones; la contaminación ambiental; la salud ocupacional; los que se derivan del incremento de la producción y del comercio intraregional como alimentos, drogas y productos biológicos; los relacionados con casos de desastre, y los que refieren al control de la farmacodependencia.

Se propuso desarrollar toda una serie de acciones comunes para la consecución de estos fines. Dentro de ellos, los Ministros convinieron en convocar anualmente a la "Reunión de Ministros de Salud" (REMSAA) en la cual se estudiarían los problemas antes mencionados y se formularían planes de acción. Asimismo, los Ministros de Salud establecieron un Comité Coordinador integrado por los representantes que los Gobiernos designen y que se reunirían periódicamente.

Se decidió también que este Comité contaría con una Secretaría que funcionará en forma permanente en el país sede de la primera reunión (Lima, Perú). El Artículo 6 del Convenio dice lo siguiente: "Considerando la importancia que para el desarrollo integral de sus países significa el presente Convenio, las Partes acuerdan ponerlo en conocimiento de la Oficina Sanitaria Panamericana y solicitar que preste su colaboración y apoyo para llevar a la práctica las resoluciones de la Reunión de Ministros de Salud de los Países del Area Andina, en los aspectos que tales acuerdos así lo requieran".

Los órganos permanentes del Convenio fueron suscritos en julio de 1983 y consisten en la Reunión de Ministros de Salud del Area Andina (REMSAA); el Comité de Coordinación; la Secretaría Ejecutiva del Convenio; y las Comisiones Asesoras.

La Resolución 5/65 de la V Reunión de Ministros de Salud del Area Andina en 1974 identificó en su parte resolutive las áreas de interés común en la ejecución del Programa de Cooperación Técnica en Salud y solicitó a la OPS/OMS:

- a) Su participación en la formulación del plan general de trabajo y su cooperación técnica para una oportuna ejecución de las actividades que se identifiquen con la Secretaría del Convenio Hipólito Unanue, y

- b) Su contribución para obtener recursos extraordinarios a los ya definidos en el programa de cooperación técnica de cada país, pidiendo considerarse entre otros la asignación de fondos de otras agencias internacionales de crédito.

A raíz de esta resolución se firmó un Acuerdo entre el Convenio Hipólito Unanue y la OPS/OMS el 28 de noviembre de 1974, donde se dice que el Convenio, por intermedio de sus Organos Permanentes, podrá solicitar a la OPS que presente iniciativas y programas de interés subregional para la consideración de los respectivos Cuerpos Directivos de las dos instituciones, y donde la OPS se compromete a prestar su cooperación y apoyo dentro de sus posibilidades presupuestarias.

Siguiendo las decisiones tomadas durante la Undécima Reunión de los Ministros de Salud del Area Andina (REMSAA XI) en diciembre de 1985, la Organización y la Secretaría del Convenio Hipólito Unanue trabajarán aún más estrechamente en el futuro.

Durante esta última reunión los Ministros, en su Resolución XI/177, acordaron limitar los gastos administrativos de la Secretaría Ejecutiva del Convenio a no más del 18% de la suma total de cuotas regulares, debiendo lo restante ser aplicado obligatoriamente para la ejecución de los programas prioritarios acordados por los Ministros.

En la misma resolución se acordó celebrar un Convenio con la OPS para proveer apoyo a la Secretaría Ejecutiva y a los programas del Convenio Hipólito Unanue en aspectos administrativos, técnicos, financieros y de canalización de recursos de otras fuentes externas. Encargaron también al Secretario Ejecutivo que, junto con la OPS, desarrollase un plan de trabajo común para 1986.

La Organización a través de los años ha dedicado buena parte de sus esfuerzos y recursos a los países del Area Andina en forma individual, así como en actividades subregionales. Además de haber trabajado concretamente en todas las áreas definidas por los Ministros de los países andinos con la Secretaría del Convenio Hipólito Unanue, la OPS/OMS, siguiendo los mandatos de sus propios Cuerpos Directivos, ha venido trabajando en otros programas con enfoques regionales e interpaís, tales como en la meta de erradicar la polio, aumentar el nivel de inmunizaciones y la Década del Agua. Además, la Organización se propone desarrollar y fortalecer la cooperación en salud ambiental--uno de los problemas más complejos y costosos que enfrentan los países--en los programas maternoinfantiles; la rabia; el bocio y los problemas de alimentación y nutrición; las actividades poblacionales, y la salud ocupacional. Todas estas iniciativas son conducentes a un esfuerzo

subregional que fomenta economías de recursos, unificación de criterios y cooperación técnica entre los países. Estos mandatos y las acciones de la OPS/OMS vienen a reforzar, en el caso de los países del Grupo Andino, los deseos expresados por los Ministros de buscar mecanismos comunes de acción para mejorar la salud de sus pueblos.

## II. PROBLEMAS DE SALUD COMUNES A LOS PAISES DEL AREA ANDINA

En la Región Andina, así como en el resto de la Región de las Américas, se observan los cambios en el patrón de las enfermedades que hacen que confluyan y convivan los problemas característicos de las tres etapas en la evolución histórica del perfil de los países industrializados. La primera es la dominada por las enfermedades infecciosas ligadas a la pobreza, la malnutrición y la precaria higiene ambiental y personal. La segunda caracterizada por el predominio de las enfermedades degenerativas, como las del corazón, los accidentes cerebrovasculares, el cáncer, la diabetes y los problemas mentales y la tercera en que la evolución de la situación de salud refleja una creciente preocupación por los problemas de salud originales en la exposición ambiental a un creciente número de productos químicos y otras sustancias tóxicas y, por otro lado, por modificaciones en las condiciones sociales de las familias, las comunidades y el trabajo, que influyen sobre el comportamiento y que están asociadas con la violencia, el abuso del alcohol y la farmacodependencia.

Los problemas de la primera etapa persisten en los estratos socioeconómicos más bajos, en donde se encuentra la mayor parte de la población. Los grupos más privilegiados, especialmente en las zonas urbanas, presentan perfiles consistentes con la segunda etapa, y en las grandes ciudades ya se evidencian problemas más propios de la tercera etapa, debidos al deterioro ambiental y social que acompaña al crecimiento urbano masivo y al desempleo.

Entre los problemas más agudos que se observan, en mayor o menor proporción en los países del Area Andina, se destacan en relación con los recursos humanos en salud, la carencia de políticas adecuadas para su desarrollo y los desequilibrios significativos entre su producción y la posibilidad de utilización por el mercado de trabajo. Se agrava esta situación cuando se toma en cuenta la relevancia de la formación de ese personal en función de las exigencias de la meta de "Salud para Todos", especialmente en lo relativo a las condiciones de liderazgo que pueda permitir la implantación de las transformaciones que se necesitan a nivel de los sistemas de servicios de salud.

Los países de esta área presentan en general tasas de mortalidad materno-infantil con valores intermedios y altos. De una manera global, persisten como causas de muerte aquellas relacionadas con desnutrición, infecciones y falta de regulación de fecundidad, como expresión de malas condiciones socio-ambientales y deficiente cobertura de servicios.

Una característica común a todos los países andinos es la existencia de una elevada proporción de población marginal, tanto urbana como rural, cuya accesibilidad a los servicios formales de salud es restringida y para la cual la extensión de coberturas de servicios a la madre y al niño exigirá estrategias más innovativas y con mayor capacidad de penetración.

Las infecciones respiratorias agudas son un problema prioritario en todos los países de la Subregión, y constituyen la primera o segunda causa de muerte en los niños de 1 a 4 años. Los cinco países han tomado la decisión de elaborar normas y programas de trabajo y la implantación de actividades de tratamiento de casos en los servicios de salud.

El programa de control de tuberculosis se ha deteriorado en casi todos los países como resultado de restricciones financieras para la compra de drogas y para su supervisión. La resolución de los Ministros del Convenio Hipólito Unanue en 1981, aprobando un plan cooperativo de cinco años para control de tuberculosis, produjo un diagnóstico de la situación pero no medidas correctivas.

Las enfermedades diarreicas agudas siguen siendo la causa principal de mortalidad y morbilidad de la infancia en los países andinos. Programas nacionales de control de la diarrea han sido establecidos en cada uno de los países como parte de las acciones de salud primaria.

En el área de inmunización, todos los países acelerarán sus esfuerzos en los programas a través de jornadas intensivas de vacunación. Sin embargo, quedan problemas, en particular en las áreas de vigilancia epidemiológica y apoyo a los laboratorios, así como la capacidad de supervisión al nivel nacional. No está aun muy claro como se pueden utilizar las jornadas de vacunación para fortalecer los programas regulares en los años subsiguientes.

El suministro de agua potable, alcantarillado y disposición sanitaria de excretas sustancialmente entre países, como Bolivia, que tiene una baja cobertura de solo un 43% de su población total con agua potable y 9% con servicios de alcantarillado y disposición sanitaria de excretas, y Colombia, cuyas coberturas alcanzan al 91% con agua y 68% con



disposición sanitaria de excretas. En total, los cinco países en 1983 tenían una cobertura de agua potable de 58% y de disposición sanitaria de excretas de 51%. La cobertura con estos servicios en el área rural es muy baja, 45% con agua y 11% con disposición sanitaria de excretas, lo que contribuye a crear un grave problema de salud pública. La carencia de esos servicios se agrava aun más en la población urbana marginada y rural dispersa. Cada país está trabajando en ampliar estas coberturas, pero a través del Convenio Hipólito Unanue aun no se han concretado acciones de nivel subregional para implementar acuerdos de cooperación para resolver o mejorar la situación existente.

Las autoridades de salud de los países de la Subregión Andina están seriamente preocupados por problemas comunes en relación con el aumento de casos registrados de malaria, leishmaniasis, tripanosomiasis, oncocercosis y otras enfermedades metaxénicas. La reinfestación de todos los países del Area Andina con Aedes aegypti aumenta el riesgo de transmisión de diferentes tipos de dengue y de la posibilidad de fiebre amarilla urbana. Se han tomado medidas para aumentar el intercambio técnico científico entre los países con el objeto de establecer las bases para la preparación de un proyecto subregional. Ya se adelantó la revisión de la situación epidemiológica actual y se analizó el proceso administrativo para la prevención y control de las enfermedades transmisibles prioritarias. Se está haciendo énfasis en la mejoría de los sistemas de información y vigilancia, así como en la aplicación del método epidemiológico para estratificar el problema y seleccionar las medidas de control más adecuadas a la situación local, aprovechando al máximo los recursos nacionales y externos disponibles.

Los problemas de salud mental de más importancia en los países del Area Andina están relacionados con la alta frecuencia de epilepsia y retardo mental, la gravedad de los problemas relacionados con el alcohol y la prevalencia creciente del consumo de sustancias que producen dependencia, especialmente de pasta de coca y cocaína, que está adquiriendo proporciones de epidemia en las ciudades capitales.

Los problemas comunes de los países de la Subregión Andina en lo relacionado a la salud pública veterinaria incluyen la rabia, protección de alimentos, fiebre aftosa, brucelosis y las zoonosis parasitarias. Los casos de rabia humana siguen aumentando como resultado de la urbanización masiva. Entre los problemas más extensos que generan grandes implicaciones sanitarias se encuentran las enfermedades transmitidas por alimentos. La endemidad de fiebre aftosa en diferentes focos amenaza continuamente su introducción en áreas libres de la enfermedad. La brucelosis sigue siendo un problema a pesar de que es una zoonosis erradicable. Las zoonosis parasitarias siguen aumentando de una manera

sustancial. Además, las autoridades de los sectores salud y agricultura están preocupados por la explotación indiscriminada de la naturaleza y el habitat de los primates no humanos, los cuales son indispensables para la investigación biomédica.

### III. OBJETIVOS DEL PLAN DE ACCION CONJUNTO

Una de las estrategias más importantes y el enfoque principal de la acción conjunta de los Estados Miembros, la OPS y la Secretaría del Convenio Hipólito Unanue en el Area Andina, está en el concepto de la cooperación técnica entre países (CTEP) a través de una mejor distribución de la gran riqueza de recursos y conocimientos ya existentes dentro de cada país.

Los objetivos específicos consisten en:

- a) Utilizar programas en áreas prioritarias comunes como mecanismo para la mejor utilización de los recursos disponibles.
- b) Desarrollar proyectos específicos nacionales y subregionales para mejorar la eficiencia de los servicios de salud, y atender a los problemas más críticos del sector.
- c) Proveer cooperación técnica en salud a través de la cooperación interpaís, interagencial e interinstitucional.
- d) Movilizar otros recursos nacionales y externos para atender las necesidades y los problemas de los grupos más postergados.

### IV. AREAS PRIORITARIAS

En la Resolución XI/179 los Ministros declararon alta prioridad para 1986 de las siguientes áreas de trabajo:

- a) Control de enfermedades transmitidas por vectores;
- b) Producción, control y uso de medicamentos;
- c) Desarrollo de recursos humanos para la salud;
- d) Investigaciones sobre administración de servicios de salud y aplicación de tecnologías apropiadas;
- e) Fortalecimiento y modernización de la infraestructura organizativa, administración y planeamiento de los servicios de salud;

- f) Problemas derivados de la farmacodependencia;
- g) Protección de alimentos;
- n) Preparativos para acciones de salud en casos de desastres, e
- 1) Información entre los países del Convenio sobre las experiencias y avances en sus procesos de desarrollo de la salud.

Conforme con esta decisión de los Ministros de Salud del Area Andina, la OPS/OMS está en el proceso de firmar un nuevo Acuerdo con el Convenio Hipólito Unanue. En este sentido, se está preparando un programa de trabajo conjunto, con actividades concretas para 1986 por parte de la OPS y del Convenio, dentro de las prioridades establecidas por los Ministros. Además, aprovechando los convenios fronterizos ya existentes en salud, se están adelantando algunas actividades iniciales durante el año en curso. Ya se está planeando con la Secretaría del Convenio desarrollar un plan de trabajo de mediano plazo donde se consolidaría, aún más, la colaboración entre las dos entidades hacia objetivos comunes.

Además de las áreas prioritarias de acción común entre el Secretariado del Convenio Hipólito Unanue y la OPS, que identificaron los Ministros del Area Andina durante la XI REMSAA, la OPS considera otras posibles acciones de orden subregional, especialmente en las áreas de control de rabia; programas maternoinfantiles; la salud ambiental en todos sus aspectos; el bocio; todo lo relativo a alimentación y nutrición; las actividades de población, y la salud ocupacional. Estos programas se considerarán cada uno dándoles un enfoque subregional, reforzando así el impacto de las actividades.

#### V. DESARROLLO FUTURO DEL PLAN DE ACCION CONJUNTO PARA LOS PAISES DEL AREA ANDINA

Las acciones que se planean entrañan dos aspectos claramente definidos, que deben ser llevados a la práctica simultáneamente:

- a) La promoción de un plan de acción conjunto como enfoque de trabajo, y
- b) El desarrollo de proyectos y actividades en las áreas prioritarias establecidas.

#### 1. Promoción del Plan de Acción Conjunto

Este trabajo se debe llevar a cabo tanto al nivel político como al nivel técnico. Al nivel nacional es imprescindible que los Ministerios

de Salud se comprometan con este enfoque. También se requiere un compromiso firme de los más altos niveles de cada Gobierno, en particular en las Secretarías o Ministerios de Planeación y Finanzas. Huelga subrayar que para lograr los objetivos propuestos, el clima de colaboración entre Gobiernos, y entre Gobiernos y agencias debe ser muy favorable.

Este enfoque tiene que ser constantemente reforzado en reuniones de diversa índole, tal como reuniones de Ministros de Salud, de Finanzas, de Planeación; reuniones de agencias de cooperación externa; y reuniones o conferencias técnicas internacionales.

Una vez aceptado el concepto del Plan de Acción Común para los Países del Area Andina, se debería discutir con los Ministerios de Salud y con la Secretaría del Convenio Hipólito Unanue, con más detalle, el contenido y el alcance que deberá tener. Logrado un acuerdo sobre dichos aspectos, se promoverá el Plan y su financiamiento con todas las agencias multilaterales, bilaterales y no gubernamentales.

## 2. Desarrollo de proyectos

El desarrollo de proyectos concretos es una manera de fortalecer áreas prioritarias de acción conjunta. Estos proyectos pueden vislumbrarse como subregionales, multipaíses, o nacionales en su ámbito.

Los mecanismos para llevar a cabo estos proyectos dependería en cierta forma de su naturaleza:

- a) Al nivel subregional, podrían desarrollarse en colaboración entre la OPS y el Convenio Hipólito Unanue, con el apoyo técnico de grupos de expertos en los países;
- b) Otros proyectos se realizarán entre dos o más Gobiernos con la ayuda de los equipos técnicos en estos países, y
- c) Proyectos nacionales en cada país, con el apoyo técnico de la OPS, o de ésta y del Convenio Hipólito Unanue.

En resumen, se plantea formular y desarrollar en los países del grupo andino, un "Plan de Acción Conjunto", en el que cooperarán tanto la OPS/OMS como la Secretaría del Convenio Hipólito Unanue. Se espera que este enfoque subregional para el estudio y solución de problemas comunes y prioritarios en la subregión, permita la mejor utilización de los recursos nacionales asignados a salud, hacer más activa la cooperación entre países y la movilización de recursos externos complementarios.

Se continuará el diálogo con los países para definir las áreas de acción, mecanismos de trabajo y desarrollo de los programas y proyectos correspondientes.