

**EIGHTH MEETING
OCTAVA REUNIÓN**

Thursday, 25 September 2003, at 2:30 p.m.
Jueves 25 de septiembre de 2003, a las 2.30 p.m.

President/ Presidente: Hon. Senator Marcus Bethel Bahamas

**SECOND REPORT OF THE GENERAL COMMITTEE
SEGUNDO INFORME DE LA COMISIÓN GENERAL**

The PRESIDENT said that with the two Vice Presidents, the Rapporteur, and the Delegates of Costa Rica, Mexico, and United Kingdom, under his chairmanship, the General Committee had held its second meeting on Thursday, 25 September 2003, to consider the implementation of the Council's agenda. The Committee had decided that it would not be necessary to meet again, and recommended reordering the agenda of the Eighth Meeting and that the Council should work until 6:30 p.m. that day. The 133rd Session of the Executive Committee would be held immediately following the closure of the Council on Friday, 26 September, in Room B.

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

**CONSIDERATION OF PROPOSED RESOLUTIONS PENDING ADOPTION
CONSIDERACIÓN DE PROYECTOS DE RESOLUCIÓN PENDIENTE DE
APROBACIÓN**

*Item 4.4: Evaluation of the Impact of Resolution WHA51.31 on Regular Budget
Allocations to Regions*

*Punto 4.4: Evaluación de los Efectos de la Resolución WHA51.31 sobre las
Asignaciones del Presupuesto Ordinario de las Regiones*

La RELATORA presenta el proyecto de resolución (CD44/PR.3).

THE 44th DIRECTING COUNCIL,

Having examined Document CD44/7 on the Evaluation of the Impact of Resolution WHA51.31 on Regular Budget Allocations to Regions;

Noting the efforts of the Director-General of WHO and the Director of PASB to provide Member States with a better appreciation of the impact of Resolution WHA51.31 in the allocation of resources among Regions;

Noting with concern the significant reduction in the WHO share of the PAHO/AMR regular budget over the last three biennia as a result of the application of Resolution WHA51.31; and

Further recognizing that the Region of the Americas was also negatively affected by a low level of extrabudgetary resources made available to the Region in relation to the total level received by WHO during the last three biennia,

RESOLVES:

1. To request the members of the WHO Executive Board from the Region of the Americas:
 - (a) to convey to the 113th Session of the Executive Board, and through the Executive Board to the World Health Assembly, the view of the Regional Committee that the reduction in the regional allocation resulting from Resolution WHA51.31 should be implemented over only three bienniums, namely 2000-2001, 2002-2003, and 2004-2005 and that Resolution WHA51.31 should be discontinued by the 57th World Health Assembly;
 - (b) to coordinate with members of the Executive Board from other Regions similarly affected, a common position taking into account the view of their Regional Committees.
2. To request the Director to transmit to the Director-General the views of the Regional Committee on the reallocation of resources among regions, particularly with regard to the desire for more transparent criteria for determining the allocation of extrabudgetary resources among the Regions and WHO Headquarters, and the concern over reductions in some program activities caused by the lower regional allocation.

EL 44.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el documento CD44/7 sobre la evaluación de las repercusiones de la resolución WHA51.31 en las asignaciones de la OMS al presupuesto ordinario de las Regiones;

Observando los esfuerzos del Director General de la OMS y de la Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana por lograr que los Estados Miembros conozcan mejor los efectos de la resolución WHA51.31 en la asignación de los recursos a las Regiones;

Tomando nota con preocupación de la reducción considerable de la parte del presupuesto ordinario de la OPS/OMS aportada por la OMS durante los tres últimos bienios, como resultado de la aplicación de la resolución WHA51.31, y

Reconociendo además que la Región de las Américas también se ha visto afectada negativamente como consecuencia del bajo nivel de recursos extrapresupuestarios que le han sido asignados a la Región con relación al total recibido por la OMS durante los tres últimos bienios,

RESUELVE:

3. Solicitar a los miembros del Consejo Ejecutivo de la OMS provenientes de la Región de las Américas que:

- a) que transmitan a la 113.^a sesión del Consejo Ejecutivo y, por conducto del Consejo Ejecutivo, a la Asamblea Mundial de la Salud, el punto de vista del Comité Regional en el sentido de que la reducción de la asignación regional resultante de la resolución WHA51.31 debería aplicarse sólo durante tres bienios, a saber: 2000-2001, 2002-2003 y 2004-2005, y que la resolución WHA51.31 debería ser revocada por la 57.^a Asamblea Mundial de la Salud;
- b) que coordinen una posición común con miembros del Consejo Ejecutivo, provenientes de otras Regiones que hayan sido afectadas de igual manera, teniendo en cuenta el punto de vista de sus Comités Regionales.

2. Solicitar a la Directora que transmita al Director General de la OMS los puntos de vista del Comité Regional acerca de la reasignación de los recursos entre las Regiones, en particular el deseo de que haya criterios más transparentes para determinar la asignación de los recursos extrapresupuestarios entre las Regiones y la sede de la OMS, y la inquietud sobre las reducciones de algunas actividades programáticas causada por la menor asignación regional.

Decision: The proposed resolution was adopted.⁵

Decisión: Se aprueba el proyecto de resolución⁵.

⁵ Resolution CD44.R5
Resolución CD44.R5

- ITEM 4.3: PROPOSED PROGRAM BUDGET OF THE PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION FOR THE FINANCIAL PERIOD 2004-2005 (*continued*)
- PUNTO 4.3: PROYECTO DE PRESUPUESTO POR PROGRAMAS DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD PARA EL EJERCICIO FINANCIERO 2004-2005 (*continuación*)

Hon. Dr. Leslie RAMSAMMY (Guyana) stated that the working group established by the 44th Directing Council and comprising approximately 13 countries had met twice on 24 September 2003 to consider concerns raised by several countries pertaining to the proposed 2004-2005 biennium budget. At the first meeting, the group had elected him to chair the group. Although several points had been addressed, two major issues had emerged for discussion.

The first had been the proposal that the 2004-2005 biennium budget be adjusted to reflect zero nominal growth, which would necessitate the reduction of the budget by US\$ 1.855 million. That reduction would in turn facilitate a lessening of the quota contribution increase from the proposed 2.85% to 1.76%. The second proposal had been that the budget should be adjusted to reflect a zero percent increase in quota contributions that would translate into a budget reduction of \$4.9 million.

After extensive discussion, the working group had reached a consensus on the second position and had been prepared to consider a zero-nominal-growth budget with a zero percent increase in quota contributions, if the Secretariat had been prepared to utilize arrears to make up the deficit. However, the Secretariat had informed the working group that the Organization's Financial Regulations would not permit the use of arrears for that purpose.

Therefore, the working group had recommended by consensus that the Secretariat adjust the budget to reflect a zero percent change in the total country assessments, so that individual country quotas would remain at the level of the 2002-2003 biennial budget. The working group also had asked the Secretariat to seek further economies and to give due consideration to the five key countries and to small states and other vulnerable countries in order to ensure that programs in those countries were not affected.

Hon. Herbert SABAROCHE (Dominica) said that he did not feel that a final consensus had been reached during the two meetings of the working group. As he had said at the end of the second meeting, he felt that both proposals should be brought before the Council. He was therefore pleased to see that both the proposal for zero quota increase and the proposal for zero nominal growth had been included in the document distributed to the Council.

El Dr. LARRAÍN (Bolivia) dice que su Delegación no participó en las reuniones sobre la revisión del presupuesto. En los países pequeños, el crecimiento nominal cero y el aumento cero de las cuotas acarrearán graves problemas y conflictos en el área de la salud. Bolivia propone que se considere el aumento de las cuotas de los países como un acto de solidaridad con los países pequeños, que tienen grandes problemas de salud. Es importante que no disminuya la cooperación de la OPS.

Hon. John JUNOR (Jamaica) said that when the Council had examined and approved the PAHO work program, it had decided what it wanted PAHO to achieve in the coming biennium.

He recognized that certain countries had committed themselves to the zero nominal growth position, even in the context of the recently passed World Health Assembly resolution which had meant that there were now \$9 million less for PAHO to carry out the work the countries had asked it to do.

He pointed out that quotas were the result of years of negotiation, taking into account many factors. The previously determined quotas could be applied to arrive at zero nominal growth. Canada, the United States, and many other large countries had supported that position in other instances. He said that he would hate to see, during the new Director's first year of tenure, the administration going back to the drawing board a day before the close of the Directing Council to effect a budget cut. Programs and priorities would need to be reordered if that were the case.

As an alternative, he would propose what he had proposed the day before. Recognizing that many countries feared institutionalizing an increase in quota contributions, he recommended the equivalent of a 1.76% increase in quotas, with the proviso that, following the in-depth examination of PAHO as suggested by Mexico, the matter would be reopened.

He stressed that, while the Directing Council could examine other possibilities, he was making an appeal for consistency. If PAHO was in fact committed to zero nominal growth, which had certainly been the policy at PAHO and other organizations for many years, then this policy should be maintained—particularly in light of the cut in the WHO allocation to the Region.

He encouraged the Member States to reconsider the issue of quotas in terms of the possible impact on governments. Good health was difficult to measure, and most, if not all, countries received more from PAHO than they gave—even if this was less apparent in some cases than others. A small increase in contributions seemed a reasonable investment against what the countries received from PAHO, and he recommended the

compromise of accepting the 1.76% increase in quotas that equated to zero nominal growth.

O Dr. BERMUDEZ (Brasil) reiterou a disposição do país, manifestada por seu Ministro da Saúde em sessão anterior, tanto de apoiar a proposta de orçamento apresentada pela Secretaria da Organização, quanto de atualizar, nos próximos dias, o pagamento das quotas em atraso. Em seguida afirmou que, considerando a revisão da proposta feita pelo grupo de trabalho e as três novas alternativas apresentadas, o país se posicionava a favor da opção de crescimento nominal zero, entendendo que assim estaria preservada a implementação dos programas prioritários para a Região.

Mr. O'BRIEN (Trinidad and Tobago) was certain that no countries were suggesting that PAHO's health care and support be reduced to countries needing such assistance, even though it seemed that the Organization was being placed in a difficult position as it tried to keep up an unchanged level of service.

Recalling all of the expressions of commitment to the health and well-being of the Region as a whole, a commitment that was in some sense now being put to the test, he stated that his first preference would be to accept the budget as presented. He recognized that it entailed a quota increase, but pointed out that as the PAHO Constitution made special provisions for extenuating circumstances affecting a Member State, PAHO itself should be extended this same consideration, given the extenuating circumstances of the reduction in WHO contributions.

Noting that a zero increase in quotas would translate into accepting a reduction in the level of services and perhaps into suffering on the part of the most vulnerable countries, he cautioned countries that it was not safe to assume they were assured the level of services they desired because they had been designated as vulnerable countries. The real reduction being discussed was \$4.9 million, which was a nominal amount. However, there were other inflationary cost increases that could mean a real reduction of resources along the lines of \$12-\$15 million. While the impact might be minimal for some countries, this was an enormous amount of resources for other countries, particularly in the Caribbean.

He stated that when the Caribbean needed consultancy assistance that it could not provide for itself, it had turned to PAHO. If PAHO were unable to respond, the countries would be left to "catch as catch can."

He suggested a compromise of agreeing to the proposed increase and placing a moratorium on further increases until PAHO had been reexamined, as suggested by Mexico, to determine how it could be made more effective and more cost-effective.

While that review, which could last up to two years, was underway, the initiative could also be pursued with the World Health Assembly to determine whether the resources diverted from the Region would be restored. At that point, the need for future increases could be examined.

He cautioned that a withdrawal at this time would represent an undue and unacceptable risk to the health programs of too many Member States.

El Dr. TAPIA (México) da las gracias al Ministro de Salud de Guyana por haber encabezado el grupo de trabajo y a los Delegados de los países que participaron en la reflexión, por su interés en el tema. Los Estados Miembros de América Latina y el Caribe están atravesando crisis financieras y han tenido que hacer dolorosos ajustes presupuestarios. México considera razonable el crecimiento nominal cero del presupuesto y reitera el ofrecimiento de que se reduzcan los fondos asignados a su país para compensar los efectos de la reducción presupuestaria. Suscribe la propuesta de crecimiento nominal cero, pero insiste en la importancia de que no se propicie el incumplimiento de los pagos. Se debe resolver el problema de los adeudos.

La Dra. SÁENZ MADRIGAL (Costa Rica), aunque reconoce la importancia de la Organización, tiene dificultades para aprobar un incremento de las cuotas, tanto por razones de coherencia con la política exterior de su país como por temor a un efecto en cascada en el resto de los organismos internacionales y regionales. Sin embargo, después de haber participado en el grupo de trabajo y haber analizado la situación interna de Costa Rica, apoya la propuesta de un crecimiento nominal cero y un aumento de 1,76% en las cuotas.

El Dr. PEDROZA (Perú) coincide con lo expresado por las Delegaciones de Brasil y de Trinidad y Tabago. Perú, como muchos otros países de la Región, tiene graves dificultades económicas. Sin embargo, como es necesario mejorar sustancialmente la salud de la población, el Ministerio de Salud ha pedido en particular al de Economía un incremento del presupuesto.

En la próxima Asamblea de la Salud se expresarán discrepancias con la inesperada reducción del presupuesto de la Organización; ésta se halla en proceso de reestructuración y tiene una gestión nueva que necesita apoyo de sus Estados Miembros. Coincide con el Delegado de Trinidad y Tabago en que es necesario mejorar la eficiencia, optimizar el aprovechamiento de los recursos y hacer una evaluación. La posición intermedia, es decir un crecimiento nominal cero y un incremento de 1,76% en las cuotas, es una alternativa razonable en las presentes circunstancias de inicio de una gestión, a condición de que en un periodo determinado se evalúe si los recursos se utilizan de manera eficiente.

El Lic. LIZARDO (Honduras) observa que, si no se aceptan aumentos de las cuotas, el presupuesto deberá reducirse por lo menos en \$4,5 millones. El presupuesto sanitario de Honduras ha tenido recortes millonarios dos años consecutivos, pero no se ha perdido de vista la importancia de la atención primaria, puesto que se han abierto 89 centros de salud el primer año y un total de 114 centros de salud hasta la fecha, y se ha dotado de personal a esos centros; es una cuestión de enfoque, de prioridades y de control interno.

Probablemente muy pocos de los presentes estén facultados para comprometer a sus respectivos gobiernos con incrementos de cuotas, pero quizá la inversión más rentable de Honduras sea su contribución a la OPS, porque el país aporta una cantidad realmente modesta en comparación con los \$3,6 millones que recibe de la Organización. Al comienzo de la semana, el orador se lamentó de que su país se beneficiaría de un aumento de sólo \$300.000 para el próximo año, lo que representa un 8%. Pero está de acuerdo con la propuesta de México de que se proceda a una introspección, se revise la estructura de costos de las representaciones en los países, se viaje menos al exterior, se supervise más y se consiga más con menos recursos. Sostiene que los excelentes directores de la Oficina estarán a la altura de ese reto e invita a todos a colaborar y a prestar mucho más apoyo.

Mr. AISTON (Canada), referring to the comments of the Delegate of Mexico, said that Canada was also prepared to accept a reduction in its country program funds. Canada already spent a great deal of its allocation on development and cooperation projects, particularly with the Caribbean and Central American countries. In cooperation with the Secretariat, Canada would seek to increase the proportion of the allocation used for that purpose, until most, if not all, of Canada's allocations were spent in those countries, not in Canada.

He agreed fully with Mexico's views on the need for realistic assessments. Ways should be sought to keep assessments at affordable levels for Member States. At the same time, he urged countries to strive to pay their assessments because assessments were irrelevant if they were not paid, and PAHO could not do what Member States asked of it if countries did not meet their obligations to the Organization.

There would always be tension between the countries' ability to pay their assessments and health needs. Canada recognized that there was a great deal of pressure on some countries with respect to their ability to pay and that there was also a great deal of pressure from a needs perspective. His Delegation felt that the zero nominal growth option was an honorable compromise and one which worked to the best interest of most of the Member States of the Organization. Canada therefore endorsed the proposal for zero nominal growth in the 2004-2005 program budget.

El Sr. ARMADA (Venezuela) comunica que, en las próximas semanas, Venezuela, uno de los países en mora a los que se ha aplicado el Artículo 6.B de la Constitución, iniciará sus pagos. Lamentablemente, no se pudo transmitir esa información al comienzo del Consejo Directivo, porque el primer día de la reunión coincidió con el cambio del equipo ministerial en Venezuela.

Con respecto al tema que se debate, es difícil fijar una posición. Venezuela, cuando tuvo que hacer ajustes presupuestarios, privilegió siempre el sector social y la salud. Su Delegación suscribe el razonamiento de la de Brasil y coincide con la posición intermedia, porque no quiere el debilitamiento de la Organización. Se deberán debatir sin demora cuestiones como la optimización de los recursos, criterios de equidad en su utilización, y el pago de las contribuciones. Su Delegación considera razonable la opción del crecimiento nominal cero con el incremento propuesto de las cuotas para mantener un nivel aceptable de gastos.

El Dr. ALVARADO CORREA (Nicaragua) dice que el debate del presupuesto es incómodo para todos, y en particular para la Directora. Se imponen límites presupuestarios y al mismo tiempo se piden milagros. La nueva visión estratégica del rol de la institución es esperanzadora, pero se necesitan dos cosas: utilizar aún mejor los recursos existentes y buscar recursos nuevos para aplicar esa idea, a fin de encontrar soluciones esperanzadoras. Al igual que Honduras, su país considera que el apoyo de la Organización es extraordinario y desea más apoyo en áreas críticas para el sector de la salud. Expresa agradecimiento a México y a Canadá por compartir recursos con los que tanto los necesitan, especialmente en el campo de la asistencia técnica. A este propósito, recuerda que se necesitan recursos extrapresupuestarios y se puede acudir a los organismos financieros internacionales.

El mundo está sujeto a cambios extraordinarios, mientras que las organizaciones son muy lentas. Es necesario ajustar la Organización a los cambios, pero eso no basta. Hay que apoyar a la Directora para que la OPS sea un verdadero agente de cambio de cara al resto de los organismos multilaterales y vuelva a asumir el papel rector que tenía hace 100 años. Su Delegación considera que la posición intermedia es saludable y permitiría aplicar el plan estratégico presentado por la Directora.

El Dr. VELÁZQUEZ (Paraguay) dice que a ningún país, y mucho menos a ningún delegado, le gusta estar presente y que le digan que es deudor. Hay que reconocer que los países de la Región están en crisis: la pobreza está en aumento, y la exclusión también. Es decir, que plantear de repente un aumento de cuotas es algo muy difícil de explicar a los ministros de hacienda, con quienes hay que pelear por los presupuestos para las actividades cotidianas. Se tiene que recurrir constantemente a los presidentes y recordarles su compromiso social.

La solidaridad es la base del panamericanismo y no es dar lo que les sobra a países como Canadá, Estados Unidos o México, sino compartir lo que uno tiene, y ese es el momento más crucial para la solidaridad. En la mesa redonda sobre atención primaria se sostuvo que la OPS tiene que seguir siendo muy fuerte para seguir fijando políticas que queden por encima de los gobiernos.

Hay que hacer algunos ajustes dentro de la misma Organización. Se habla de utopías importantes, pero resulta que no hay presupuesto o hay que restringirlo. Y entonces no se puede exigir maravillas a la Secretaría, a la que hay que felicitar por pensar en cambios y reestructuraciones dentro de una crisis. Como ha dicho el Delegado de Honduras, en las crisis hay que usar más que nunca la imaginación para tratar de hacer las mismas cosas o más con los mismos fondos.

Por eso es preciso apoyar la propuesta de la Secretaría. Ojalá, como dice Perú, se pueda volver a tratar pronto el tema, en un marco diferente en que los países estén saliendo de la difícil situación actual.

Ms. BLACKWOOD (United States of America) restated her country's firm position of opposition to any real growth in the budget, a stance which had spurred the formation of the working group and the emergence of many other issues. For example, the issue of arrears appeared to be a matter of genuine concern for Member States, and she would welcome additional announcements about the payment of arrears.

In line with Canada's and Mexico's remarks about shifting resources away from their countries, the United States was prepared to do the same. The field office in El Paso could be realigned in accordance with the priorities of PAHO, and resources could be creatively channeled to other countries in the Region.

As had been mentioned, PAHO could not be exempt from the situation in the countries, where many faced real cuts to their health ministry budgets. Noting that there was a tension between the needs of PAHO and those of the Member States, she concluded by saying that PAHO needed to reflect the values of its Member States in making such decisions.

El Dr. VIZZOTTI (Argentina) afirma que todos coinciden y expresan que es necesario el cambio, y es sabido que ese cambio comenzó en septiembre del año pasado, cuando se decidió, aprobó y apoyó a la nueva Directora. Ella ha comenzado a trabajar y a demostrar las necesidades de este mundo que le ha tocado y que no es nada fácil. Hace unos días se aplaudía el plan estratégico y, si bien expresa su agradecimiento al Delegado de Guyana, concuerda con el de Dominica, que agregó un aspecto que no se había incluido en el resumen, y con todos los esfuerzos, como el de México, que sirven para un debate que ojalá pueda realizarse.

Coincide con Brasil, Perú, Dominica, Bolivia y otros países, y apoya la moción de crecimiento nominal cero del presupuesto con incremento de la cuota en el punto promedio.

El Lic. LIZARDO (Honduras) recuerda que, en la reunión de la mañana de representantes del Banco Interamericano de Desarrollo y del Banco Mundial, se mencionó algo que en Honduras se está tratando de implantar y que es hacer rendir más los recursos de la OPS. En algunos proyectos que se llevan a cabo con esos organismos existen duplicaciones. En Honduras, la idea es que la OPS participe en esos concursos, para poder ser también consultora y contratista de esos organismos, si con ello se contribuye a aliviar la carga que soportan las respectivas representaciones.

El Dr. HECHAVARRÍA (Cuba) dice que, viendo la posición de los Estados Miembros y conociendo la necesidad que hay de brindar apoyo a todos los países a través de la Organización Panamericana de la Salud, es evidente que es muy necesario mantener el nivel presupuestario que pide la Secretaría. Su país apoya la propuesta, aunque supone que puede haber posiciones intermedias y alternativas, como la renuncia de algunos países a algunos de los recursos de que disponen, lo cual merece felicitación, y otras soluciones como la planteada por Honduras.

El Dr. ESTOL (Uruguay) manifiesta que estos son los momentos críticos de las organizaciones, cuando todos los representantes de la salud tienen que comenzar a tomar decisiones, trabajar con recursos escasos y establecer prioridades. Resulta muy difícil en los países y también en las organizaciones internacionales. Hay que empezar a asumir responsabilidades, porque lo cierto es que Uruguay tiene una deuda con la Organización.

¿Qué pasa en los países, cuál es la realidad que se vive, cuáles son las decisiones que hacen que los responsables de la salud dejan de ser representantes de determinadas estructuras para pasar a ser trabajadores operativos y gestores de la vida diaria de sus pueblos? ¿Cuántos tienen que trabajar con los mismos presupuestos que en el año 2000, reducidos en algunos casos, como el de Uruguay, en un 20% a precios en pesos uruguayos, moneda que, desde 2002, ha tenido una devaluación con respecto al dólar de un 50%? Hay que seguir funcionando, fijando prioridades y resolviendo los temas de salud. Y eso que Uruguay es uno de los países de la Región que invierte uno de los porcentajes más altos de su producto interno bruto.

En ese sentido, Uruguay afirma claramente, con responsabilidad y sin demagogia, que va a acompañar la posición de crecimiento nominal cero y 1,76% por ciento de aumento de la cuota y lo hace apuntando a un solo objetivo. La OPS tiene una nueva Directora que tiene interés en transformar a la Organización, como todos vienen pidiendo. Eso Uruguay lo toma, en su parte de inversión, que es muy pequeña, como una apuesta e inversión en el futuro y, aunque es un pequeño país, va a seguir siendo muy cuidadoso en todos sus gastos a cualquier nivel. En el ámbito internacional, la

Organización Pana-mericana de la Salud debe ser el instrumento del importante proceso de cambio en esa solidaridad continental que tanta falta hace y a la que todos quieren fortalecer.

El Dr. TAPIA (Chile) manifiesta que del debate se desprende que es preciso realizar un esfuerzo muy serio para focalizar la cooperación técnica e incorporar ciertos criterios de disciplina financiera en la actuación de la Organización. Desde ese punto de vista, Chile puede aportar el trabajo realizado a lo largo del año con gran apoyo de la Representación local, para ajustar el presupuesto y dejar solamente lo que es indispensable para el país, entendiendo que los países deben ir asumiendo sus responsabilidades en salud y que la cooperación técnica tiene que ser un complemento, y no un sustituto. Expresa el deseo de que, cuando los representantes vuelvan a sus países, puedan trabajar con sus Representaciones en un programa de ajuste técnico y financiero, lo que podría constituir un gran aporte a la Secretaría.

Desde ese punto de vista la responsabilidad es de todos. La propuesta de incremento nominal cero es tranquilizadora, aunque constituye una barrera bastante artificial. Sin embargo, es un respaldo a la Secretaría para que pueda realizar su trabajo. Por ello, insta a los países a que hagan un esfuerzo, y expresa el deseo de que esto se incorpore como una propuesta concreta.

El Dr. GUTIÉRREZ (Ecuador) dice que su país vive una crisis económica común a la mayoría de los países de la Región. Ecuador ha proclamado un régimen de austeridad desde el inicio de su nuevo Gobierno. Consecuente con esa proclama, el país no puede apoyar el aumento de las cuotas, y la única recomendación que puede hacer a todos los países es que procuren ser más eficientes en la pobreza. Por lo tanto, Ecuador no apoya incremento alguno en las cuotas.

El Dr. BETANCOURT (El Salvador) desea adherirse a la posición de Chile, en el sentido de que todos los Estados Miembros de la OPS hagan un esfuerzo con los respectivos representantes para elaborar un proyecto que sea creativo, genere eficiencia y signifique un ahorro para la Organización. El inicio de la nueva gestión de la OPS necesita de todos los esfuerzos, no sólo para apoyar las decisiones que emanen de la Dirección, sino también para generar ideas creativas en función del ahorro.

Hay otro elemento más, y es que cada uno de los gobiernos debe demostrar que la salud es realmente un tema prioritario y el pago de sus cuotas una de las formas que tienen los respectivos gobiernos de expresarlo. Insta a todos los miembros a llevar ese mensaje a sus respectivos presidentes.

La DIRECTORA dice que, como han manifestado varias delegaciones, el tema no es fácil, dada la difícil situación que viven los países. En recientes visitas a Ecuador y Costa Rica, por ejemplo, ha podido comprobar que la proporción del presupuesto

nacional destinada a salud sigue siendo baja, como de hecho ocurre en la mayoría de los países de la Región. Sin embargo, ésta es una de las características de la Organización: que no sólo debe defender la capacidad de los Estados Miembros para contribuir a la OPS, sino también, como Secretaría, defender la causa de la salud en los países e incluso, mediante la agenda compartida y otros mecanismos, hacerlo ante los organismos de financiación internacionales. Por otra parte, uno de los grandes llamamientos de los Objetivos del Milenio es precisamente destacar la necesidad de invertir en capital humano. Cuanto más difíciles son los tiempos, cuanto más pobreza hay, tanto más se deben incrementar las asignaciones a sectores sociales.

Sin duda, todos los delegados están involucrados en programas como el presentado por el Secretario de Salud de México, es decir, en programas que tratan de canalizar más recursos hacia los sectores menos favorecidos. No obstante, es obligación de la Directora recordar las circunstancias que concurren en estos momentos en que se examina el presupuesto de la Organización.

Como ya se ha dicho, la OPS es una organización cuyos recursos son la suma algebraica de lo que recibe de tres fuentes: las contribuciones directas, la OMS y los llamados “ingresos varios”. Pues bien, se da ahora la circunstancia de que los ingresos procedentes de dos de esas fuentes han sufrido una reducción importante. Se podrá revisar la aportación de la OMS y es de esperar que, si las economías mejoran, también los ingresos varios experimenten un incremento. No obstante, en el bienio 2004-2005 se padecerá el impacto de la reducción de los dos elementos citados, así como del bajo crecimiento regional.

Es cierto que se va a poner en marcha el Grupo de Trabajo sobre Política Presupuestaria Regional, que hará una revisión de la distribución entre países y programas, para procurar que sea más equitativa, pero eso solo podrá hacerse en el próximo bienio. El presupuesto, tal como está construido actualmente, no es demasiado inequitativo. Tiene algunas inequidades, pero también principios de solidaridad. Un incremento de las cuotas de 1,8% beneficiaría prácticamente a 37 de los Estados Miembros, es decir, a aquellos para los que ese pequeño incremento de cuota resultaría mínimo comparado con lo que ganarían al redistribuirse el presupuesto de los seis Estados Miembros que más aportan a la Organización.

La Directora estima que, en los momentos que atraviesa la Región, la función de la OPS es movilizar recursos. Cuando fue necesario ayudar a los países en la negociación de los antiretrovirales, no había presupuesto, pero se prestó una ayuda que redundó en beneficio de todos. Y como ese hay muchos ejemplos. Los recursos se obtienen mediante la eficiencia y la flexibilidad, y por eso, desde hace ya mucho tiempo y gracias a sus Directores anteriores, la Organización ha venido cambiando. En la OPS se hizo una gran descentralización a las siete áreas en el decenio de 1970 y una descentralización a las oficinas de país en el decenio de 1980; en cambio, en la mayoría

de los organismos del sistema de las Naciones Unidas no se habló de descentralización hasta finales del decenio de 1990.

Por otra parte, los Directores precedentes supieron mantener un alto nivel de austeridad. La OPS es una organización muy prudente en el uso de sus recursos y que no hace ostentaciones. Por su parte, la Directora ha adoptado algunas medidas, que quizá no sean financieramente espectaculares pero que cree reflejan una ética del servicio público, como, por ejemplo, la de utilizar solo la clase económica en los aviones. A su vez, los Estados Miembros se esfuerzan por encontrar espacio para oficinas o asignar personas de sus ministerios al trabajo con la Organización, con objeto de reducir la carga de esos rubros en el presupuesto de la OPS y de liberar más recursos para la cooperación.

A medida que los países tienen más dificultades, es más también lo que necesitan, pero sobre todo, como ya se ha dicho, la transnacionalización de los riesgos exige mucho más trabajo conjunto, sinérgico y combinado, a fin de que la Organización pueda facilitar a los países una visión global y regional, y los países puedan prever posibles impactos. Precisamente por eso los Estados Miembros recomendaron a la OPS que aprovechara al máximo la tecnología de la información, como instrumento para acortar distancias y compartir información en tiempo real, como se hizo cuando el SARS.

Ahora bien, se trata de rubros que es preciso mantener en el presupuesto y no de inversiones únicas: el presente año se han producido cinco o seis ataques serios a la seguridad del sistema informático de la OPS. Por otra parte, todas las transacciones financieras están descentralizadas, lo que ha permitido, no sólo hacer a la Organización mucho más transparente, sino identificar también los sitios en donde se puede mejorar, hacer ahorros y lograr que los gastos sean más eficientes. Para todo el personal de la OPS es muy interesante el presente debate, porque es uno de los momentos más importantes en la vida de la Organización. La Secretaría quiere escuchar a los países, que no son solo sus dueños, sino también sus clientes. Y la OPS es una organización intergubernamental, en donde todos los países trabajan juntos y se apoyan mutuamente.

Por todo ello, la Directora pide una reflexión. Por supuesto, quisiera que todos estuvieran de acuerdo con un crecimiento cero nominal. Dadas las rigideces de la Organización, hace falta tiempo para introducir modificaciones que hagan a la OPS cada vez más eficiente y efectiva, pero la Directora se compromete a estar siempre al lado de los países. Los recursos son necesarios, no sólo para sostener a la Organización, sino también, y esto es mucho más importante, para lograr la salud de los pueblos.

The PRESIDENT stated that the Directing Council had three options before it. Namely, to approve the original budget, which carried a 2.8% quota increase; to maintain

the 2002-2003 level, which carried a 0% quota increase; or to compromise on zero nominal growth in the PAHO share, which carried a 1.76% quota increase.

He sensed that there was growing support for the compromise position. A consensus was needed on the compromise position, or the Council would be required to go to a vote.

He asked if there were any Member States that could not support the compromise position of zero nominal growth.

Ms. BLACKWOOD (United States of America) stated that it would be proper for the Member States to have a revised resolution that reflected what had emerged from the discussion. That resolution could then be considered at the appropriate time.

Mr. AISTON (Canada) suggested that a resolution be prepared on the compromise position, for which the vast majority of the participants had voiced support. That resolution would be presented and could then be formally adopted.

Mr. O'BRIEN (Trinidad and Tobago) concurred.

El Dr. HECHAVARRÍA (Cuba) afirma que retrasar la decisión, es sufrir un poco más. Quizá pueda darse un voto de confianza para la elaboración posterior de la resolución o quizá pueda presentarse en esta misma sesión.

El Dr. TAPIA (México) expresa el acuerdo de su país y manifiesta que le gustaría que se tuvieran en cuenta las opiniones de los muchos que han apoyado su posición, con algunas condicionantes que deben quedar explícitas.

The PRESIDENT said that there appeared to be a general consensus and asked the Rapporteur to draft a resolution reflecting the compromise position.

ITEM 4.6: PRIMARY HEALTH CARE IN THE AMERICAS: LESSONS
LEARNED OVER 25 YEARS AND FUTURE CHALLENGES
(*continued*)*

PUNTO 4.6: ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN LAS AMÉRICAS: LAS
ENSEÑANZAS EXTRAÍDAS A LO LARGO DE 25 AÑOS Y LOS
RETOS FUTUROS (*continuación*)*

La Dra. SÁENZ MADRIGAL (Costa Rica) lee el informe de las mesas redondas del miércoles 24 de septiembre de 2003 sobre Atención Primaria de Salud.

Los delegados asistentes a las mesas redondas estimaron muy oportuna la iniciativa de la OPS/OMS de facilitar una instancia dinámica para debatir la atención primaria de salud a la luz de las lecciones aprendidas en los últimos 25 años y de los nuevos desafíos que plantea el siglo XXI. En términos generales, los delegados reconocieron que una de las lecciones más importantes aprendidas de la aplicación de la estrategia de atención primaria de salud en la Región de las Américas ha sido la verificación de su rol central en el mejoramiento de la salud de las poblaciones. En distintas intervenciones de los participantes se destacó que la atención primaria de salud permitió poner énfasis en la participación comunitaria y la movilización de recursos sociales como elementos clave de las políticas sanitarias. Además, se amplió el concepto de salud al priorizar su componente de promoción y autocuidado.

Los delegados destacaron también como la lección principal del rol de la atención primaria de salud al identificar la relevancia de los objetivos políticos y sociales de equidad y justicia social, imperativos éticos expresados en la meta de Salud para Todos, y de su implementación como agente movilizador de cambio en la práctica de la salud pública continental. En opinión ampliamente compartida por las delegaciones participantes en el debate, la atención primaria en salud se constituyó en el marco de referencia para la reorientación de los servicios de salud, enfatizando la promoción de la salud colectiva, la definición de políticas intersectoriales y la participación ciudadana que, a lo largo de 25 años de implementación en las Américas, ha hecho patente la relación simbiótica entre la salud y el desarrollo.

Los delegados fueron elocuentes también al reconocer como enseñanza extraída al cabo de 25 años de implementación de la estrategia en las Américas la insuficiencia de los esfuerzos realizados para alcanzar la atención universal y la equidad en salud. En especial, los participantes hicieron explícita la persistencia del énfasis curativo en los esquemas de inversión y en los modelos de atención individual de la salud, que el trabajo intersectorial sobre determinantes de la salud poblacional no es integral ni continúa en el

*Please see the Annex for the summary of the Round Tables that took place on this item.
Favor referirse al anexo para ver el resumen de las Mesas Redondas que se llevaron a cabo sobre este punto.

tiempo y que la participación comunitaria requiere aún ser fortalecida y legitimada plenamente en el nivel local.

Se reconocen los logros y avances alcanzados en los últimos años y se reafirma la vigencia y el compromiso con la atención primaria de salud; sin embargo, los delegados señalaron que, para continuar avanzando en las tareas pendientes y evitar que dentro de 25 años haya que lamentarse por no haber alcanzado Salud para Todos se requiere tener en cuenta las lecciones aprendidas y señalar los retos que se deben enfrentar.

Estos retos son: a) Abordar la agenda inconclusa, asumiendo la lucha contra la pobreza, la inequidad y las desigualdades sociales en relación con la salud y el acceso a los servicios, a fin de garantizar el derecho a la salud de todos los ciudadanos; b) Plantear la necesidad de asumir la estrategia de atención primaria en salud como mecanismo para proteger los logros alcanzados y extender la protección social en salud y los derechos ciudadanos promoviendo la equidad y desarrollando intervenciones para abordar las desigualdades de clase, etnia y género, particularmente las vinculadas al acceso a los servicios; c) Reconocer la diversidad de enfoques conceptuales existentes, que van desde su identificación en el primer nivel de atención hasta su concepción más amplia de estrategia para alcanzar más y mejor salud generando capacidades para que, desde enfoques diferentes, se pueda avanzar en construir objetivos sanitarios susceptibles de ser alcanzados; d) Desarrollar un nuevo modelo conceptual centrado en la salud y la vida, que incorpore las categorías de integralidad e intersectorialidad más allá del discurso: entienda a la salud y a la enfermedad como un proceso social en donde es imperioso resolver las contradicciones entre lo colectivo y lo individual, lo biológico y lo social, lo curativo y lo preventivo; y privilegie las acciones de promoción y prevención enfocadas dentro del marco de las interpretaciones de las dimensiones sociales, económicas, culturales, psicológicas y ambientales que determinan la salud; e) Desarrollar los recursos humanos con las competencias y capacidades para enfrentar estos retos como tarea prioritaria así como la definición de las tecnologías apropiadas y garantizar su disponibilidad; f) Mejorar el desempeño de los sistemas y servicios de salud, elevando su capacidad resolutoria y fortaleciendo la red de servicios mediante la formulación de una política que garantice el aporte de los recursos financieros necesarios para el desarrollo de los programas contemplados en la atención primaria, y g) Reafirmar el compromiso con una atención primaria en salud en el marco de una salud pública que haga frente a esos desafíos es la prioridad. Ello implica convertir las políticas de salud en políticas de Estado que permitan el fortalecimiento del espacio público para el trabajo intersectorial y la participación ciudadana, fijando metas y creando sistemas de información, y capacidades analíticas y de evaluación que permitan establecer compromisos nacionales y locales para su cumplimiento.

Los delegados renovaron en forma entusiasta y unánime su compromiso con la visión de Salud para Todos y con la atención primaria de salud como estrategia para alcanzarla. Manifestaron también su completo acuerdo con la vigencia de los valores y

los principios inspiradores y orientadores de la atención primaria de salud, los cuales continúan siendo válidos a pesar de las grandes transformaciones políticas, sociales y económicas experimentadas por los países y por la Región en general. Las enseñanzas aprendidas y los nuevos desafíos planteados al iniciar el siglo XXI así como en particular los compromisos asumidos con los Objetivos de Desarrollo del Milenio, no obstante, hacen necesaria la renovación conceptual y práctica de la estrategia de atención primaria de salud.

En opinión de los delegados, ese proceso de renovación debe ser participativo e inclusivo, involucrando no solamente a los gobiernos y a las instituciones tradicionales de los países sino también a todos los actores componentes de la sociedad y de manera especial a las comunidades y a sus individuos. Los delegados y asistentes concordaron con que OPS/OMS lidere y facilite este proceso de renovación, el cual debe incluir la elaboración de una nueva declaración regional sobre atención primaria de salud que sirva como nuevo norte para el trabajo sanitario de todos quienes la suscriban.

Los delegados y asistentes apoyaron además el plan de celebración de los 25 años de Alma-Ata y manifestaron su interés por que la OPS y la OMS continúen sus esfuerzos por generar y difundir información y evidencias sobre la atención primaria de salud, particularmente de las buenas prácticas, movilizar recursos, facilitar el establecimiento de alianzas estratégicas con otros actores, brindar asesoría técnica y de políticas a los países, y apoyar sus capacidades institucionales y desarrollar normas, herramientas y guías para el avance de la estrategia de atención primaria de salud.

Finalmente, los delegados y asistentes propusieron que, con base en las metas, los indicadores acordados en la declaración regional y los términos precisados en la propuesta de la resolución de este 44.º Consejo Directivo sobre el tema, la OPS ayude a monitorear los compromisos adquiridos por los Estados Miembros.

La DIRECTORA dice que el proceso tanto del panel como de las mesas redondas ha sido muy rico y agradece el esfuerzo realizado sobre todo por los relatores y moderadores, y por todos los visitantes importantes que actuaron también como oradores motivacionales, lo que da una pauta muy importante para poder trabajar todo este año hasta el próximo Consejo Directivo de contribuir de esa manera, como dijo el Dr. LEE Jong-wook, a la celebración que se hará en todo el mundo. Espera un fortalecimiento y un nuevo compromiso de todos los países en el instrumento transformador de la atención primaria de todos los sistemas, para hacerlos mas inclusivos y basados en una concepción de la salud como derecho.

La RELATORA, a solicitud del Presidente, presenta la resolución CE132.R5, contenida en el documento CD44/9.

Ms. BLACKWOOD (United States of America) said that her Delegation was pleased with the proposed resolution, but wished to suggest a slight modification to operative paragraph 1(a).

Since even under the best of circumstances it could be difficult for any country to ensure that the necessary resources were available for primary care, she respectfully suggested that *strive to* be inserted before the word *ensure*. The phrase would then read *strive to ensure that the necessary resources are available for primary care and that its implementation helps reduce inequalities in health*.

The PRESIDENT said that as he heard no objections to the proposed amendment, he would take it that the Council wished to adopt the resolution as amended.

Decision: The proposed resolution, as amended, was adopted.⁶

Decisión: Se aprueba el proyecto de resolución así enmendado⁶.

ITEM 4.7: FAMILY AND HEALTH

PUNTO 4.7: LA FAMILIA Y LA SALUD

El Dr. VIDAL RIVADENEIRA (Presidente del Comité Ejecutivo) dice que el Comité Ejecutivo trató el tema de la familia y la salud en junio de este año. La Dra. Gina Tambini, Gerente Interina del Área de Salud Familiar y Comunitaria, explicó que el trabajo de la OPS en este ámbito había surgido en parte de varias cumbres internacionales recientes, en las cuales se había subrayado la necesidad de enfocar la atención de salud tomando como punto de referencia a la familia. En estas cumbres se había declarado que la familia tiene derecho a recibir protección y apoyo integrales y se había hecho un llamamiento a reconocer a las familias como actores clave en la promoción de la salud, a reorientar los servicios de salud para que concedan especial atención a la familia, a preparar una nueva agenda social y de salud para la familia, y a formular políticas y leyes que apoyaran a la familia y contribuyeran a proteger sus derechos, estabilidad e igualdad.

Explicó también que era lógico prestar especial atención a la familia por varias razones. La familia es el entorno donde se establecen por primera vez los comportamientos y las decisiones en materia de salud y donde se originan la cultura, los valores y las normas sociales. Además, los miembros de la familia acostumbra estar expuestos a los mismos riesgos para la salud: ambientales, infecciosos, conductuales y vectoriales.

⁶ Resolution CD44.R6
Resolución CD44.R6

Por añadidura, los cambios en la estructura familiar y en las condiciones demográficas, sociales y económicas han impuesto un gran estrés a las familias en la Región y, aunque en las Américas se han hecho extraordinarios avances en la mejora de las condiciones de salud, hay una lista de problemas de salud sin resolver que podrían abordarse mejor mediante un enfoque integrado centrado en la familia. Este enfoque es el que responde a las necesidades de salud de las familias y proporciona continuidad de la atención en todo el ciclo de vida. Es integral, pues incorpora la atención preventiva, curativa y rehabilitadora, y hace hincapié en las dimensiones biológica, psicológica y social de la salud, además de tener también en cuenta los factores determinantes.

La OPS considera el desarrollo de un enfoque de salud familiar como una tarea colectiva que abarca todas las áreas y unidades de la Oficina. Al elaborarlo, se han de considerar cuidadosamente las experiencias de los países, a fin de determinar los componentes clave de un enfoque de salud familiar e identificar las mejores prácticas y las enseñanzas extraídas. La utilización de esos elementos debe procurar la creación de un marco regional que guíe la elaboración y la ejecución de un enfoque de salud familiar por los países. Asimismo, la Organización se compromete a confeccionar indicadores para vigilar y evaluar la repercusión de los modelos de salud familiar. Con ese fin, se formaría un grupo de trabajo regional para identificar, analizar y evaluar las experiencias de los países en curso y orientar a otros países de la Región que se proponen desarrollar un enfoque de salud familiar.

El Comité Ejecutivo expresó su apoyo firme al trabajo de la Organización en este ámbito, dada la amplia gama de temas que deben abordarse con relación a la salud familiar. En el Comité, varios delegados dijeron que la salud de los adolescentes debía recibir prioridad especial y que era preciso identificar especialmente los factores determinantes de los problemas de salud relacionados con el comportamiento. La adquisición de aptitudes para la crianza de los hijos y la atención al papel que desempeñan los padres también se consideran prioridades.

Muchos delegados pusieron de relieve el nexo existente entre la salud familiar y la estrategia de atención primaria de salud y subrayaron la necesidad de asignar prioridad, dentro de un enfoque de salud familiar, a la prevención de enfermedades y la promoción de la salud. Los delegados también recalcaron la necesidad del seguimiento y la evaluación para determinar la repercusión de las intervenciones de salud familiar.

El Comité aplaudió asimismo el enfoque del ciclo de vida propugnado por la OPS. Una delegada señaló, sin embargo, que sería esencial lograr que la aplicación de ese enfoque no significara regresar a los programas verticales para diferentes grupos de edad. Sugirió que sería útil que la OPS proporcionara descripciones prácticas de cómo podría aplicarse dicho enfoque en los Estados Miembros. Otro delegado propuso que la Organización debía preparar un manual de las prácticas adecuadas que las representaciones de la OPS/OMS podrían utilizar para ayudar a los países a implantar el

modelo de salud familiar. Varios delegados subrayaron la importancia de la familia en la creación de una cultura de la salud, y el fomento de la responsabilidad individual y colectiva con respecto a la salud. No obstante, se señaló que, si bien podía ser muy positivo concentrarse en la función de la familia en el ámbito de la atención de salud, existía el peligro de pasar por alto las necesidades de las personas que no pertenecían a una unidad familiar.

Se sugirió que el documento debía abordar ese aspecto y considerar la manera en que la aplicación de un enfoque centrado en la familia podría afectar al acceso y a la calidad de la atención de dichas personas. También se propuso que el análisis de la situación de las familias en las Américas se ampliara, con objeto de mostrar las implicaciones de las interacciones existentes entre los cambios en la familia en la estructura de la población y en los tipos de enfermedades. Se recalcó la necesidad de contar con información fidedigna tanto para el seguimiento y la evaluación como para la toma de decisiones y la formulación de políticas con relación a la salud familiar. Varias delegaciones ofrecieron compartir los resultados de las investigaciones y las experiencias de sus países en la aplicación del enfoque de salud familiar.

El Comité Ejecutivo no consideró necesario aprobar una resolución sobre este tema. Sin embargo, teniendo en cuenta la importancia otorgada al tema de la salud familiar por los Estados Miembros y que el tema sería tratado por la Asamblea Mundial de la Salud en el año 2004, el Comité solicitó incluirlo en el orden del día del Consejo Directivo.

Hon. Jerome WALCOTT (Barbados), speaking on behalf of the Caribbean Community (CARICOM), thanked the Secretariat for its comprehensive report. As it stated, the family was indeed the setting where health behavior and decisions were first established and where culture, values, and social norms were first molded. However, over time, changing demographics coupled with widespread poverty, increased risky behavior, and new social demands had brought about different patterns of family relationships and were exerting significant pressure on the family.

In the Caribbean, health had been impacted in various ways by the existence and emergence of new trends, not only those noted in the document, but the following as well: the monoparental family, with a particular predominance of female-headed households; the disproportionate burden of poverty on women and children; the increased entry of women into the labor force; the disappearance of the extended family; the increased burden on working-age family members by young and older dependents; the increased marginalization of males in terms of roles played and decisions taken concerning the family; the high prevalence of sexually transmitted infections (STIs), including HIV/AIDS; the high prevalence of breast, cervix, and prostate cancers, resulting in increased morbidity and mortality; the high maternal mortality rates in some

of the countries in the subregion; and the growing problem of intrafamily violence and abuse, including drug abuse.

The Caribbean countries supported the proposal contained in Document CD44/10 that countries adopt the “family health” paradigm, where the family was the primary unit of analysis, diagnosis, and practice, as that would strengthen the role and capacity of families in promoting and protecting their health. Adoption of the paradigm as a national priority would help health systems’ capacity to respond to the needs of families.

The resolution proposed by the United States of America should be modified to take into account the growing proportion of monoparental families in the Americas and the Caribbean. Acceptance of that reality would lead to a shift away from the assumption that the household consisted mainly of the traditional nuclear family. There was also a need in the Region to break away from the stereotype which assumed that households were represented and managed by men.

The proposed resolution should also recognize the following priority areas in order to reflect a comprehensive approach to the provision of health services: maternal and newborn care with emphasis on guaranteed access to a continuum of care; child health development with increased focus on early development and interventions; responsible parenthood and family planning services; women’s and men’s health; prevention of breast, cervix, and prostate cancers; safe physical and social environments; mental health and psychosocial development as a continuum across the life cycle; and adolescent well-being.

He supported the proposed resolution with two amendments: a new preambular paragraph should be inserted to read: *Noting that the changes in the structure of the family units with an increase in the number of women and adolescents in the workforce, monoparental families, the disappearance of extended families, and the growing incidence and prevalence of noncommunicable diseases and STIs, including HIV/AIDS, have put additional burdens on the family.*

In preambular paragraph 6, after . . . *older persons*, the phrase *especially those with disabilities* should be inserted.

El Dr. TAPIA (México) respalda la iniciativa del documento, apoya la integración del grupo regional e insiste en subrayar la importancia de tener en cuenta el grupo de adolescentes y el enfoque de género. Además de estar de acuerdo con las opiniones del Delegado de Bahamas sobre la constitución de las familias de la Región, dice que, sin lugar a dudas, la familia no es una estructura homogénea, sino que tiene distintas composiciones. Por ello, propone introducir un concepto mucho más amplio de familia y que, en virtud del mismo, la palabra quede en plural en el documento definitivo.

En relación con el componente relativo al enfoque del ciclo de vida, México ofrece su participación activa en la elaboración del manual. De ese modo será posible reflejar la experiencia de la estrategia del ciclo desarrollada, en la que se favorece el

otorgamiento, la participación y el autocuidado de la salud en las familias. Además, destaca la importancia del tema en vísperas del décimo aniversario del Año Internacional de la Familia y solicita que la Organización proponga llamarlo Año Internacional de las Familias en lugar de Año Internacional de la Familia, como reconocimiento de la mencionada diversidad en su composición. Por último, pide que se aclare bien el concepto de vida humana consignado en el párrafo c del punto 2 de la resolución propuesta por los Estados Unidos de América.

Mr. KENDALL (Canada) acknowledged the work that had gone into the proposed family and health initiative, which could play an important role in improving the health of children and their families throughout the Americas. Canada believed in integrated health strategies which included a combination of health promotion and protection based on the best scientific evidence available and which supported the generation and dissemination of that knowledge and experience. That approach was consistent with Canada's own population health approach, which aimed to promote the healthy development of populations by addressing the full range of factors that impacted health and to reduce inequalities in health status within and between population groups.

Canada supported the priority areas for action and proposed strategies to address family and health in the Region as outlined in Document CD44/10. Nevertheless, further discussion was required to identify more tangible ways to ensure that those strategies would be implemented meaningfully. Furthermore, evaluation and monitoring were key to the initiative, and efforts needed to be made to develop surveillance systems to track its progress. Canada believed that the proposed initiative also needed to give more attention to the implication of changing family structures and the rise in single parent families and childbearing by teens and unmarried women. The central role of women in family health and the changing role of men also needed to be appropriately reflected in the initiative.

Canada supported PAHO's work to ensure a comprehensive framework approach to the area of family and health which would cut across a number of other programs and policies. It was encouraging to see the emphasis on the importance of horizontal collaboration.

His Delegation noted that the document had not made reference to or identified priority actions for adults and adolescents regarding healthy and safe human sexuality, prevention of unwanted pregnancy, or HIV/STI transmission. Those areas were key components of a family health model, as they were known to improve individual personal risk assessment, contribute to higher self-esteem of family members, result in fewer risk behaviors, and reduce associated morbidity and mortality.

The successful development of the initiative would require the development of practical approaches that would recognize all determinants of health, including gender and other socioeconomic variables, such as the marked urbanization and increases in families living in poverty in Latin America. Recent analysis of research conducted in Canada, such as the National Longitudinal Survey of Children and Early Childhood Development Mapping, could be helpful to other countries, and Canada would gladly share that important information.

Implementation of the initiative would represent a challenge in many countries, particularly where the private sector provided a large proportion of health services and was not connected to a broader network of social services. Many problems such as poverty, domestic violence, and ill health were interconnected and required a team approach, as pointed out in the document.

Canada also recognized the importance of family support to prevent or delay institutionalization of elderly or disabled persons, an issue which was significant, given the demographic shifts in the Americas. However, that would require appropriate programs and policies to help families provide such care. It was important that the burden of care not be placed disproportionately on family caregivers, who were typically women.

Canada supported the family and health initiative. It also supported the comments on the resolution made by the Delegates of Barbados and Mexico, and had submitted its own suggested amendments to the resolution. His country would continue to offer technical assistance to facilitate any practical aspects of the plan as it unfolded.

El Dr. GUTIÉRREZ (Ecuador) dice que, al revisar el acta provisional resumida, se ha dado cuenta de que en la cuarta sesión se abordó el tema de la malaria y al dengue. Si bien las preguntas referentes al dengue se respondieron, no fue así con las de la malaria. La importancia que reviste la malaria en Ecuador es que constituye su principal problema epidemiológico.

En cuanto a la situación de la familia señala que Ecuador se acoge a las recomendaciones de las cumbres internacionales a favor de la mujer, la niñez y la familia expresadas en el documento, hecho que también se reafirma en la Constitución de la República, en la ley del Sistema Nacional de Salud y, especialmente, en lo que se refiere al modelo de atención. Entre los lineamientos de la política nacional de Ecuador, se expresa “Incluir en todas las prestaciones de salud la estrategia de promoción y atención primaria de salud, definiendo las prestaciones de acuerdo con las necesidades y la realidad epidemiológica local y nacional, considerando las especificidades de género y ciclo vital, y atendiendo preferentemente a grupos vulnerables de niños, niñas, mujeres, ancianos, indígenas, personas con discapacidad y en situación de pobreza”. Estas prestaciones se realizan a

través de un modelo de salud familiar en los servicios formales y en los de medicina tradicional y alternativa.

La familia tiene una tendencia monoparental y cada vez se encuentra un mayor número de mujeres en las jefaturas de los hogares. La población económicamente activa según el censo del 2001 es de 42% y la inactiva, de 52%. De 60% de la población económicamente activa masculina, 65% son jefes de hogar. De la población económicamente activa femenina, 21% son jefes de hogar. El número de miembros de la familia es en promedio de cinco. El 34% de la población económicamente activa son mujeres y 66%, hombres. El empleo es creciente en el sector informal y la tasa de desempleo se incrementó de 8,5% en el año 1991 a 16,4% en la actualidad.

La estructura demográfica se encuentra en proceso de cambio, así como el entorno socioeconómico y político, que ejerce presión en la familia y las comunidades e incide en la dispersión de sus miembros y el abandono de los hijos y ancianos. El fenómeno de la migración en Ecuador ha aumentado significativamente en los últimos años; así, desde 1999 se han registrado aproximadamente 450.000 emigrantes. La repercusión de este fenómeno determina problemas sociales y de salud especialmente en niños y ancianos. El desplazamiento de la población rural a la urbana acarrea la formación de cinturones de pobreza y nuevos modos de vida para la familia, y ha generado un deterioro de la salud que produce problemas sociales, entre los que destacan las adicciones, la violencia, las enfermedades mentales y la malnutrición.

En los últimos años han aumentado los índices de pobreza en el país: a nivel nacional, 46% y a nivel rural, 70%. La situación, que afecta principalmente a mujeres, niños y ancianos, se refleja en indicadores de morbilidad y mortalidad materna e infantil. La tasa de mortalidad materna en Ecuador en 2001 fue de 96,9 por 100.000 nacidos vivos. Entre las 10 principales causas de morbilidad general y femenina del país se encuentran las relacionadas con el embarazo, parto y puerperio, que ocupan los cuatro primeros lugares. En ello estriba la importancia de considerar a este grupo como prioritario en el modelo de salud familiar.

Ante este contexto, las acciones en salud maternoinfantil desarrolladas por el Ministerio de Salud durante varias décadas con un enfoque individual, simplista y asistencial cambiaron y en 1998 se adoptó el enfoque holístico, complejo e integral de la salud sexual y reproductiva. Actualmente se promueve un modelo de atención de salud que hace hincapié en la atención primaria y la promoción de la salud, elementos ambos integrados en un proceso continuo y coordinado de atención a las personas y a la familia con mecanismos de gestión desconcentrados, descentralizados y participativos, que impulsan el desarrollo de ambientes favorables para la familia, el trabajador y la comunidad. La aplicación de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia es una política social relevante y de gran impacto en beneficio de mujeres, niñas y niños

menores de 5 años, que permite el ejercicio del derecho en salud a garantizar la atención gratuita.

En cuanto al documento, dice que en él se describe el tema de la salud y la familia con un sustento histórico, técnico y social y haciendo un recorrido de varias décadas de experiencia. El documento es motivador e impulsa el fortalecimiento de la familia como base fundamental de una sociedad. En él se intenta responsabilizar a la familia como el primer escalón donde se promueve y se promociona la salud, y a su vez se fortalece la conciencia para demandar servicios de salud de calidad. Además, se promueven conductas, valores y derechos de la salud para conseguir el desarrollo humano y sostenible. Asimismo, se resalta la necesidad de focalizar esfuerzos en los estudios que caractericen con exactitud los vínculos del comportamiento familiar con la salud, así como la importancia de reforzar la adaptación de la familia.

Las experiencias que se describen en el documento, a excepción de las de Brasil y Cuba, que han tenido reconocimiento internacional por el enfoque de salud familiar, son proyectos muy puntuales y sin trascendencia nacional. Los obstáculos que surgen para aplicar el modelo de salud y familia en los países exigen elaborar políticas de Estado, disponer de suficientes recursos y, sobre todo, conseguir un cambio en la actitud de las personas. En el documento debe profundizarse en el modelo de salud familiar en relación con los avances observados en la Región, haciendo especial hincapié en la protección social y el aseguramiento universal.

Partir de la iniciativa innovadora de la salud familiar permite ir construyendo progresivamente el proceso ya iniciado para alcanzar el desarrollo humano con responsabilidad social. En dicho proceso, el Estado es el principal responsable.

Como sugerencias para las intervenciones del Comité Ejecutivo destaca las siguientes: que se dicten políticas de Estado a favor de la salud familiar, subrayando la promoción a la salud; definir el modelo de salud familiar que se inserte en la modernización del Estado; responsabilizar al Estado como el principal financiador de la salud de la gran mayoría de las familias ecuatorianas (la situación de pobreza plenamente identificada no permite que las familias respondan económicamente a las necesidades de atención de salud y enfermedad), y generar procesos educativos para la oferta y la demanda en el marco de la salud familiar. Se trata de un reto muy importante en salud, que comporta cambios de paradigmas en los cuales la actitud y la visión del talento humano es un factor imprescindible.

La Dra. SÁENZ MADRIGAL (Costa Rica) dice que, respecto a la familia y la salud, el tema de la familia debe considerarse prioritario, pues es la base de la sociedad. Dependiendo de que la familia asuma adecuadamente su función, los individuos y la sociedad estarán más sanos física, mental y socialmente. Deben propiciarse condiciones psicológicas, sociales y económicas para que la familia se desarrolle, se reproduzca y

crezca, y ello ha de ser una de las prioridades de las políticas de Estado. Además, debe fortalecerse el papel que desempeñan el hombre y la mujer en la familia como responsables del cuidado y la crianza de los hijos.

Por otro lado, es importante que en la prestación de los servicios de atención primaria se piense en la atención integral de la familia, no a través de un enfoque biológico y medicalizado, sino teniendo en cuenta los diversos factores que inciden en las familias y sus relaciones: medios de comunicación, ámbito laboral, social, educación, influencia de grupos externos e importación de modelos. Sin embargo, la educación sensible al enfoque de género y a la aceptación de las diferencias debe ser una realidad en el proceso de socialización en la familia, en la escuela y en los diferentes escenarios de la vida cotidiana, y tiene que incluir el derecho a la información sobre una sexualidad sana de todos los miembros de la familia. Asimismo, se debe tener en cuenta a la familia o a las organizaciones que la representen en los espacios de toma de decisiones, es decir potenciar en definitiva la participación ciudadana, social o comunitaria.

Mr. STEIGER (United States of America) said that he was pleased to see that family and health had been included on the agenda for the current year's Governing Body meetings, and congratulated PAHO on its strategic approach, and for the thorough analysis of the situation of families in the Americas, the relevant research on family health in the Region, and measurable priorities for action.

His country believed that the delineation of priorities would better target PAHO's technical cooperation and facilitate action at the country level. As the United States had strongly advocated at the Subcommittee for Planning and Programming and the Executive Committee, PAHO's technical cooperation should address the full range of factors that influenced healthy behaviors and life choices, and supported family health, including the promotion of abstinence for young people, the role and responsibilities of parents as primary caregivers, and the critical role of fatherhood. Benchmarks to measure progress and a strong evaluation component would enable effective implementation at the country level. Member States were indeed critical to the development of indicators and health risk surveillance systems to support an integrated, sustainable approach.

In the United States, the family was a cornerstone of the President's national agenda, as he believed that every child deserved to live in a safe, permanent, and caring family, with a married and loving father and mother. The President's commitment to strengthening the family was reinforced through numerous public health programs in the Department of Health and Human Services, including resources for further research in abstinence education, the links between strong family and welfare benefits, and the role of the family in early cognitive development.

The 10th anniversary of the International Year of the Family in 2004 provided an important opportunity for governments to reemphasize primary health care issues in support of the family as the basic unit of society and to reinforce the critical primary role that parents and families played in the health, development, and well-being of children and adolescents.

He hoped that the United States proposed resolution would help guide PAHO's future action and reinforce collective efforts to strengthen the links between family, health, and development, and that Member States would view the resolution as a positive step toward concrete action.

He agreed with the amendments that had been proposed by CARICOM, and could also accept Mexico's proposed amendment to address the word "families" in the plural in some circumstances. However, Canada's proposal did not comprise amendments, but was in fact a whole new resolution that was only available in English. In the interest of time, he suggested only taking into account the shorter amendments to the resolution, as those had already been translated.

Dr. THORNE (United Kingdom) said that her Delegation particularly supported the emphasis in the document on the critical relation between social variables and major health areas, and appreciated the inclusion of monitoring and evaluation as a crucial part of the effort to strengthen health systems.

An independent inquiry on health and equality carried out in the United Kingdom had stressed that childhood was a critical and vulnerable stage in which poor socio-economic circumstances had lasting effects. Since 1998, her country had been working on an initiative called Sure Start, which sought to improve support for child development. Sure Start brought together early education, childcare, health, and family support to give a sure start to young children in disadvantaged areas. It contributed to reducing health inequalities by making health service more accessible to the most disadvantaged children and families.

While Sure Start's focus was on prevention and early identification of needs, many of its services were not primarily health-focused. The United Kingdom emphasized the importance of working with partners to ensure that health issues were considered when policies were being formulated outside health, in particular, those involving child-care and workforce strategies.

El Sr. ARMADA (Venezuela) comparte las opiniones del Delegado de México respecto de las distintas definiciones de familia y considera importante resaltar su carácter multiétnico, pluricultural y multilingüe, especialmente en la Región, donde viven numerosos pueblos indígenas. Por ello, cree necesario reconocer en el texto de la resolución las distintas cosmovisiones en que se fundamentan las diferentes definiciones

de la familia, bastante más amplias que la tradicional. Además, respalda las iniciativas dirigidas a fortalecer el enfoque de los ciclos de vida, algunas de las cuales ya se han incorporado en las estrategias de atención primaria en salud de Venezuela.

El Dr. ALVARADO CORREA (Nicaragua) apoya el documento y subraya la importancia que reviste considerar a la familia como la unidad básica más accesible para llevar a cabo intervenciones preventivas, de promoción y terapéuticas. Asimismo, quiere dejar clara la necesidad de desarrollar una estrategia de información, educación y comunicación integral en el campo de la salud relacionada con la familia.

Por otra parte, se pregunta si es posible considerar como un problema de salud pública la explotación sexual de la infancia, así como el trabajo infantil. Si se analizan ambos problemas, se llega a la conclusión de que construyen un problema social.

El Dr. TAPIA (Chile) dice que Chile comenzó a incorporar el enfoque de la salud familiar a mediados de los años noventa con miras a transformar los servicios de atención primaria y a sabiendas de que se trata de un enfoque mucho más amplio que persigue la mejora de la calidad de la atención. En Chile, la población demanda cada vez más servicios que no han sido tradicionalmente considerados en el enfoque clásico de la atención primaria y, por ello, el modelo de salud familiar se encuentra en el centro de la reforma de los servicios de atención primaria con la esperanza de que en esta década lo incorporen 100% de los establecimientos del nivel primario. Por otro lado, se está colaborando con diferentes países de la Región y de Europa para acumular la experiencia necesaria en esta área.

Está de acuerdo con la resolución presentada por el Delegado de los Estados Unidos de América e indica que los temas de definición son secundarios, porque el modelo de salud familiar es el instrumento que más favorece las actuaciones de los equipos locales. Añade que los denominados hábitos nocivos de la familia, como el descuido de menores, la violencia conyugal y doméstica, el descuido de las personas de edad y el maltrato, deberían considerarse delitos y ofensas graves a la integridad de las personas. Por ello, solicita que se incluya en un párrafo de la resolución una mención a ese matiz.

El Dr. HECHEVARRÍA (Cuba) dice que reconocer a la familia como unidad básica social más accesible para las intervenciones preventivas, de promoción y tratamiento es validar la importancia de destinar los esfuerzos de los sistemas de salud y de la cooperación técnica a esa unidad estructural de la sociedad, sobre todo en un momento de profundos cambios de orden político, social y económico que han repercutido en la familia, aumentando sus disfunciones.

Las familias nucleares han disminuido y las ampliadas han aumentado. El número de miembros también se ha reducido, fundamentalmente por la emigración a otros países en busca de mejores oportunidades. Todo ello ha producido una pérdida de las manifestaciones culturales, que se ha hecho más patente en esta etapa de globalización neoliberal y que ha afectado al núcleo familiar, provocando una distribución inadecuada de los papeles que desempeñaba en otras crisis.

La repercusión negativa que han tenido estos cambios en la Región se ha abordado muy bien en el acápite “Situación de la familia en las Américas” del documento. Un punto débil es la información disponible sobre la familia, lo cual es importante para diseñar nuevos modelos que incluyan variables sociales y de los servicios de salud.

Desde 1984, Cuba cuenta con un modelo de medicina familiar denominado Médico de Familia, que se organizó para tener un médico por cada 120 familias y ofrecer una atención integral a sus miembros sobre la base dos elementos. Primero, el análisis de la situación de salud, destinado a identificar, analizar y buscar solución a sus problemas de salud con la participación del médico, la enfermera, pediatras, clínicos, ginecólogos, obstetras, psicólogos y trabajadores sociales. Segundo, la formación de un médico generalista integral, que pueda desde sus funciones ya especializadas resolver los problemas de la familia.

Con este modelo de medicina familiar, Cuba ha reducido los ingresos hospitalarios y las urgencias médicas, ha brindado conocimientos y experiencias al análisis de la situación de salud y ha enriquecido el ámbito de la intersectorialidad con temas como la educación para la salud, el conocimiento de los problemas de la familia e incluso con problemas que pudieran parecer más lejanos a la familia, como la infestación por *Aedes aegypti*. En Cuba incluso se dispone de una historia clínica familiar diseñada para analizar sus problemas.

Como señala el documento, se han acumulado experiencias positivas en varios países de la Región, si bien ninguna puede extrapolarse íntegramente. La cooperación técnica de la OPS puede emprender varias acciones relacionadas con la salud y la familia: promover el crecimiento y desarrollo de niños sanos, pues las normas de la sociedad las adquiere el niño en la familia; diseñar nuevos métodos basados en intervenciones dirigidas a la familia; fortalecer la capacidad para la toma de decisiones de la familia que tiene niños y adolescentes; promover intervenciones de aplicación en las familia basadas en pruebas científicas; definir las funciones de la familia en la promoción de salud de los adolescentes y la prevención del comportamiento de riesgo; adaptar los servicios de salud a nivel primario utilizando como método a la familia; desarrollar investigaciones sobre la forma como puede intervenir la familia en acciones de salud con un enfoque intersectorial; proporcionar soluciones colectivas y de otro tipo al apoyo intersectorial de diversas instituciones de la comunidad; concebir iniciativas de política para apoyar la función de los miembros de la familia en la prestación de la atención; elaborar herra-

mientas para evaluar las instituciones de atención al niño y adolescente en el seno de la familia; fortalecer la coordinación entre los diversos organismos e instituciones participantes en la atención de niños con trastornos mentales y psicosociales, incluso con discapacidad, y apoyar a los Estados Miembros en la reducción de la violencia familiar con intervenciones de prevención dirigidas a la familia.

El orador sugiere que se elabore una estrategia de aplicación a corto plazo en la que se instrumenten acciones cuyo eje central sea la familia y que, con posterioridad, los resultados de la evaluación sirvan para elaborar otra estrategia a largo plazo que incluya los objetivos de desarrollo del milenio y de las cumbres mundiales, tomando como eje central la familia y la comunidad. Por añadidura, estima importante crear alianzas intersectoriales, por lo que éstas pueden aportar al desarrollo de la familia en sectores como la educación, las universidades, la cultura, los sectores de apoyo a las comunidades indígenas o el trabajo social. Los mandatos y metas de las cumbres internacionales favorables a la familia han sido claros y específicos. No obstante, la forma de conseguir que mejoren el acceso de las mujeres al empleo, las oportunidades de educación, la paternidad responsable, y las inversiones en la salud y el desarrollo del niño y del adolescente compete a cada gobierno.

El Dr. CASTELLANOS (Puerto Rico) dice que la familia se considera la piedra angular de la sociedad y que no cabe duda de que los aspectos socioeconómicos y culturales analizados son una realidad. Desde hace más de 20 años, en Puerto Rico se ha dado un gran apoyo a la medicina de familia, entendida como la especialidad médica más importante de los servicios de atención primaria.

Finaliza su intervención respaldando el proyecto de resolución presentado por el Delegado de los Estados Unidos de América, así como los comentarios de los Delegados de Chile y de Cuba.

El Dr. BOSHELL (Colombia) apoya la iniciativa de centrar la salud en torno a la familia y dice tener la impresión de que los cambios que ha propuesto el Delegado de Canadá son más de forma que de contenido. Por ello, propone que se acepte la propuesta en su forma original, tal como la formuló el Delegado de los Estados Unidos de América.

El Dr. VIZZOTTI (Argentina) dice que es importante apoyar a las familias para fortalecer su capacidad de ofrecer información a niños y adolescentes en materia de salud sexual y procreación responsable, así como sobre el control del embarazo.

La Dra. TAMBINI (OPS) da las gracias a los miembros de la Mesa, ministros y otros delegados por sus observaciones y por su interés en el enfoque de salud y familia. Se han examinado muchos temas y se han propuesto cambios en la Organización y su trabajo. El retomar a la familia como núcleo constituye un cambio muy positivo, porque ésta es un núcleo productivo de salud desde el que se generan acciones favorables a la

salud y se establecen estilos de vida saludables, reconociéndose las diversas estructuras familiares y sus diferentes características sociodemográficas.

Teniendo presentes las observaciones y sugerencias formuladas, la Secretaría seguirá desarrollando el enfoque y recogiendo las experiencias de los países, organizaciones no gubernamentales, municipalidades y comunidades. Este enfoque debe tener una relación muy estrecha con la atención primaria y los principios de promoción de la salud, y utilizará la epidemiología como una herramienta para el monitoreo y la evaluación.

La Secretaría trabajará con los países para que se fortalezca el papel de la familia en la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y el establecimiento de redes sociales promotoras de salud. Colaborará con los países para que se formulen políticas que permitan reorientar los servicios de salud y capacitar al personal, a fin de que responda a ese enfoque y se avance en las intervenciones de demostrada eficacia en la Región, sobre todo en las encaminadas a la reducción de la mortalidad infantil y el control y la erradicación de enfermedades, en particular las inmunoprevenibles. Las intervenciones, la reorientación de los servicios y el desarrollo de nuevas competencias tienen que responder a las necesidades individuales, familiares y comunitarias. Se ha planteado un trabajo integral, para lo cual se ha creado un grupo de trabajo en el que participarán las unidades del área de salud de la familia y comunidad y otras unidades de las diferentes áreas y de las diferentes oficinas en la Organización.

Mr. AISTON (Canada) said that the series of amendments Canada had produced (CD44/PR.2, Rev.1), which were admittedly lengthy and rather substantive, had not yet been distributed because they were still in the process of being translated. However, in the interest of time, his Delegation would try to significantly condense the amendments and meet with the Delegation of the United States and other delegations, immediately after the meeting with a view to putting forward a combined and consolidated text for the following morning's meeting.

Mr. STEIGER (United States of America) agreed to Canada's suggestion.

ITEM 4.5: REPORT ON THE 13TH INTER-AMERICAN MEETING, AT THE
MINISTERIAL LEVEL, ON HEALTH AND AGRICULTURE
PUNTO 4.5: INFORME SOBRE LA 13.^a REUNIÓN INTERAMERICANA A NIVEL
MINISTERIAL EN SALUD Y AGRICULTURA

El Dr. VIDAL RIVADENEIRA (Presidente del Comité Ejecutivo) dice que, en su 132.^a sesión, celebrada el pasado mes de junio, el Comité Ejecutivo escuchó el informe del Dr. Albino Belloto, Jefe de la Unidad de Salud Pública Veterinaria de la OPS/OMS, acerca de la 13.^a Reunión Interamericana a Nivel Ministerial en Salud y Agricultura. La Reunión se había celebrado en Washington, D.C., los días 24 y 25 de abril de 2003, y contó con la presencia de representantes de 33 Estados Miembros y un Estado observador. También asistieron representantes de cinco Estados no pertenecientes a la Región de las Américas, así como de varias organizaciones internacionales y organismos intergubernamentales.

La Dra. Ann Veneman, Secretaria de Agricultura de los Estados Unidos, había pronunciado el discurso de apertura, sobre la armonización de la inocuidad de los alimentos y el comercio en las Américas. El Dr. Jorge Batlle, Presidente de Uruguay, pronunció un discurso de apertura enfatizando la importancia de alcanzar la seguridad alimentaria y alimentos inocuos para todos. En las sesiones se habían presentado informes sobre el programa de salud pública veterinaria de la OPS, el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA) y el Instituto Panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis (INPPAZ).

Además, se habían llevado a cabo varias exposiciones de tipo panel sobre la inocuidad de los alimentos de la producción al consumo, que habían sido el tema general de la Reunión. También se habían presentado ponencias especiales sobre el bioterrorismo, los alimentos genéticamente modificados y la consulta mixta de expertos de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO)/OMS sobre régimen alimentario, nutrición y prevención de las enfermedades crónicas. La Reunión había aprobado un total de 10 resoluciones, que aparecen, junto con una relación completa de las deliberaciones, en el informe final que se anexa al documento CD44/8.

Al abordar este punto en la sesión del Comité Ejecutivo, los delegados agradecieron la oportunidad que había brindado la Reunión de intensificar la coordinación entre los ministros de agricultura, ganadería y salud. Se apuntó que esa coordinación quizá fuera más eficaz si se invitaba también a los ministros de economía.

Con respecto a la ponencia sobre bioterrorismo y la resolución al respecto, se puso de relieve que muchos delegados habían recalado en la propia reunión que las medidas recomendadas no debían influir en el comercio de productos inocuos. El representante del Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura subrayó el problema

emergente del agroterrorismo y dijo que su organización esperaba seguir colaborando con la OPS en ese y otros ámbitos relacionados con la salud pública y la agricultura.

Otros temas en los cuales los delegados consideraron necesaria la cooperación entre el ministerio de salud y de agricultura eran la intoxicación por plaguicidas y la repercusión de su uso en la salud humana, así como los alimentos genéticamente modificados. Varios delegados de países con economías muy dependientes de la ganadería mencionaron las campañas de vacunación contra la fiebre aftosa. El Comité calificó a la Reunión Interamericana a Nivel Ministerial en Salud y Agricultura de foro ideal para organizar campañas supranacionales de vacunación contra la fiebre aftosa, en particular en las zonas fronterizas. Se sugirió que tales campañas podrían consistir en una “semana de vacunación” y también que eso mismo podría hacerse para lograr el control o la erradicación de la rabia.

El Comité aprobó la resolución CE132.R4, por la cual recomienda que el Consejo Directivo apruebe una resolución que refrende las recomendaciones y resoluciones de la Reunión en la que se inste a los Estados Miembros a que sigan fortaleciendo los mecanismos para la coordinación entre los sectores de salud y agropecuario y se solicite a la Directora de la Oficina que apoye las estrategias para generar la necesaria movilización de recursos de los sectores pertinentes con el fin de apoyar las actividades de cooperación técnica en las esferas de la zoonosis, la fiebre aftosa y la seguridad alimentaria e inocuidad de los alimentos, al objeto de facilitar el cumplimiento de las recomendaciones y los mandatos de la 13.^a Reunión Interamericana a Nivel Ministerial en Salud y Agricultura.

Mr. STEIGER (United States of America) congratulated the Director and her staff for their success in organizing RIMSA13, which had been very productive. He wished to remind delegates of what Dr. Lester Crawford, Deputy Commissioner of the United States Food and Drug Administration had reported earlier that year—namely, that the Bioterrorism Act of 2002 had required the implementation of new regulations that would enter into force on 12 December 2003. Under that law, foreign or domestic entities directly processing food products for consumption in the United States would be required to register with the Food and Drug Administration; and prior notification of shipments of food and food products would be required before they would be allowed to enter the United States.

The United States was involved in an active outreach program with a number of governments and trade partners, and had received over 150 comments—including a number from the Region—which were being considered as the rules were being finalized for application of the Act. A regional food safety meeting had been held in Argentina to publicize the regulations, and another meeting had been held in Uruguay. In November 2003, a seminar would be held in Washington, D.C., to inform embassy representatives about the requirements for exporting food products to the United States under the new

regulations. All delegations were encouraged to send a representative to that meeting, and his own Delegation would gladly answer any specific questions about those rules. Also, transcripts of relevant video conferences that had been held with countries in the Region were available at the website www.fda.gov.

El Dr. BELOTTO (OPS) dice que los resultados de la 13.^a Reunión Interamericana a Nivel Ministerial en Salud y Agricultura permiten ser optimista, porque fue la segunda reunión de esa índole en que hubo una auténtica interacción entre los sectores de agricultura y salud.

Actualmente tiene una enorme importancia en el mundo, por ejemplo, en el área de inocuidad de los alimentos. El intercambio comercial de alimentos puede traer muchos beneficios, pero también puede ser una fuente de problemas. Por ello, es necesaria la cooperación técnica para su prevención y control. La vigilancia y control de enfermedades emergentes, muchas de ellas zoonosis, requieren contar con una red de información y de laboratorios que pueda adelantarse realmente a los acontecimientos. Quisiera enfatizar que la fiebre aftosa sigue siendo muy importante en la Región, sobre todo para el desarrollo de los países, ya que se trata una enfermedad que afecta más a la salud animal y la economía. Se está trabajando para lograr la erradicación hemisférica y se han hecho avances muy notables en América del Sur, que es justamente el área todavía más afectada por esa enfermedad.

Por supuesto, la interacción de los sectores de agricultura y salud es esencial para el desarrollo de las comunidades locales, especialmente en las zonas rurales y las áreas periféricas de las ciudades. Este es un trabajo que requiere la colaboración con otros organismos internacionales y al que la nueva Dirección de la OPS ha dado mucho énfasis. Se ha llegado a acuerdos con organismos como la FAO, el Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura (IICA), el Organismo Internacional Regional de Sanidad Agropecuaria (OIRSA) de Centroamérica y la Organización de los Estados Americanos (OEA), tratando de lograr los mejores resultados mediante un esfuerzo conjunto.

La RELATORA, a solicitud del Presidente, presenta el proyecto de resolución CE132.R4, contenido en el documento CD44/8.

The PRESIDENT said that as he heard no objections, he would take it that the Council wished to adopt the proposed resolution without change.

Decision: The proposed resolution was adopted.⁷

Decisión: Se aprueba el proyecto de resolución⁷.

The PRESIDENT announced that the budget resolution was still being translated and would be available for consideration by the Council the following morning.

The meeting rose at 6:20 p.m.
Se levanta la reunión a las 6.20 p.m.

⁷ Resolution CD44.R7
Resolución CD44.R7