

CONSEJO PERMANENTE



OEA/Ser.G  
CP/ACTA 1638/08  
26 marzo 2008

ACTA

DE LA SESIÓN CONJUNTA DEL CONSEJO PERMANENTE Y DE  
LA COMISIÓN EJECUTIVA PERMANENTE DEL CONSEJO  
INTERAMERICANO PARA EL DESARROLLO INTEGRAL  
CELEBRADA

EL 26 DE MARZO DE 2008

Aprobada en la sesión del 13 de enero de 2010

## ÍNDICE

	<u>Página</u>
Nómina de los Representantes que asistieron a la sesión .....	1
Aprobación del proyecto de orden del día .....	2
Aprobación de los proyectos de temario y de calendario.....	2
Palabras de bienvenida del Presidente del Consejo Permanente .....	3
Palabras de bienvenida de la Presidenta de la Comisión Ejecutiva Permanente del Consejo Interamericano para el Desarrollo Integral (CEPCIDI).....	4
Palabras de bienvenida del Secretario General.....	5
Palabras de bienvenida del Director Adjunto de la Organización Panamericana de la Salud .....	7
Presentación de la Organización Panamericana de la Salud sobre los vínculos existentes entre la pobreza y el estado sanitario de las comunidades del Hemisferio.....	10
Comentarios de las delegaciones.....	22

**DOCUMENTOS CONSIDERADOS EN LA SESIÓN  
(SE PUBLICAN POR SEPARADO)**

CEPCIDI/doc.836/08, Reunión Conjunta del Consejo Permanente y la Comisión Ejecutiva Permanente del Consejo Interamericano para el Desarrollo Integral (CEPCIDI) en cumplimiento con la resolución AG/RES. 2308 (XXXVII-O/07): “Erradicación del Analfabetismo y de las Enfermedades que afectan el Desarrollo Integral” – Proyecto de Calendario

CEPCIDI/doc.829/08, Reunión Conjunta del Consejo Permanente y la Comisión Ejecutiva Permanente del Consejo Interamericano para el Desarrollo Integral (CEPCIDI) en cumplimiento con la resolución AG/RES. 2308 (XXXVII-O/07): “Erradicación del Analfabetismo y de las Enfermedades que afectan el Desarrollo Integral”

## CONSEJO PERMANENTE DE LA ORGANIZACIÓN DE LOS ESTADOS AMERICANOS

### ACTA DE LA SESIÓN CONJUNTA CELEBRADA EL 26 DE MARZO DE 2008

En la ciudad de Washington, a las diez de la mañana del miércoles 26 de marzo de 2008, celebró sesión conjunta el Consejo Permanente de la Organización y la Comisión Ejecutiva Permanente del Consejo Interamericano para el Desarrollo Integral (CEPCIDI). Presidió la sesión el Embajador Cornelius A. Smith, Representante Permanente del Commonwealth de las Bahamas y Presidente del Consejo Permanente. Asistieron los siguientes miembros:

Embajador Denis G. Antoine, Representante Permanente de Grenada  
Embajadora Abigail Castro de Pérez, Representante Permanente de El Salvador  
Embajador Pedro Oyarce, Representante Permanente de Chile  
Embajadora María del Luján Flores, Representante Permanente del Uruguay  
Ministra Consejera Clenie Greer-Lacascade, Representante Interina de Santa Lucía  
Ministra Consejera La Celia A. Prince, Representante Interina de San Vicente y las Granadinas  
Embajador Luis Guardia Mora, Representante Alterno de Costa Rica  
Ministra Consejera Ann-Marie Layne Campbell, Representante Alterna de Antigua y Barbuda  
Primer Secretario Forbes July, Representante Alterno de Guyana  
Segundo Secretario Marco Antonio Valverde Carrasco, Representante Alterno de Bolivia  
Ministro Consejero Carlos Jiménez Gil-Fortoul, Representante Alterno del Perú  
Ministra L. Ann Scott, Representante Alterna de Jamaica  
Consejera Frances Seignoret, Representante Alterna de Trinidad y Tobago  
Embajador Antonio Rodrigue, Representante Alterno de Haití  
Primer Secretario Ricardo Kellman, Representante Alterno de Barbados  
Ministra Consejera Carmen Luisa Velásquez de Visbal, Representante Alterna de Venezuela  
Ministro Luis Javier Campuzano Piña, Representante Alterno de México  
J. Robert Manzanares, Representante Alterno de los Estados Unidos  
Consejera Ingrid Karen Knutson, Representante Alterna del Canadá  
Embajadora Nubia Lezcano, Representante Alterna de Panamá  
Ministra Consejera Rhoda M. Jackson, Representante Alterna del Commonwealth de las Bahamas  
Primera Secretaria Ana Mariela Ayala González, Representante Alterna del Paraguay  
Primer Secretario Jorge Eduardo Contreras, Representante Alterno de Guatemala  
Consejera Nadine Eudilia Lacayo Renner, Representante Alterna de Nicaragua  
Ministro Consejero Lineu Pupo de Paula, Representante Alterno del Brasil  
Ministro Carlos Iván Plazas, Representante Alterno de Colombia  
Ministro Consejero Luis Fernández Guzmán, Representante Alterno de la República Dominicana  
Primer Secretario Joseph Aguilar, Representante Alterno de Belize  
Consejero Agustín Ignacio Fornell Vintimilla, Representante Alterno del Ecuador

También estuvieron presentes el Secretario General de la Organización, doctor José Miguel Insulza, y el Secretario General Adjunto, Embajador Albert R. Ramdín, Secretario del Consejo Permanente.

### APROBACION DEL PROYECTO DE ORDEN DEL DÍA

El PRESIDENTE: Distinguished representatives, I am pleased to call to order this joint meeting of the Permanent Council and the Permanent Executive Committee of the Inter-American Council for Integral Development (CEPCIDI), convened to consider the items on the draft order of business, document CP/OD.1638/08.

[El proyecto de orden del día contiene los siguientes puntos:

1. Aprobación del orden del día (CP/OD.1638/08).
2. Aprobación del proyecto de temario (CEPCIDI/doc.829/08) y del proyecto de calendario (CEPCIDI/doc.836/08).
3. Palabras de bienvenida:
  - Presidente del Consejo Permanente de la Organización de los Estados Americanos (OEA), Embajador Cornelius A. Smith, Representante Permanente de las Bahamas.
  - Presidente de la Comisión Ejecutiva Permanente del Consejo Interamericano para el Desarrollo Integral (CEPCIDI), Embajadora Abigaíl Castro de Pérez, Representante Permanente de El Salvador.
  - Secretario General, señor José Miguel Insulza.
  - Director Adjunto de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), José Romero Teruel.]

If there are no comments, the draft order of business is approved. Approved.

### APROBACION DE LOS PROYECTOS DE TEMARIO Y DE CALENDARIO

El PRESIDENTE: As I welcome Ambassador Abigaíl Castro de Pérez, Chair of the Permanent Executive Committee of the Inter-American Council for Integral Development (CEPCIDI), who will cochair this joint meeting with me, I would like to thank CEPCIDI for the preparatory work it has done for this meeting in accordance with resolution AG/RES. 2308 (XXXVII-O/07), "Eradicating Illiteracy and Fighting Diseases that Affect Integral Development."

I submit for your consideration the draft agenda, document CEPCIDI/doc.829/08, and the draft calendar, document CEPCIDI/doc.836/08 corr. 1. If there are no comments, the draft agenda and draft calendar are approved. Approved.

## PALABRAS DE BIENVENIDA DEL PRESIDENTE DEL CONSEJO PERMANENTE

El PRESIDENTE: Ambassador Abigaíl Castro de Pérez, Permanent Representative of El Salvador and Chair of the Permanent Executive Committee of the Inter-American Council for Integral Development (CEPCIDI); Secretary General; Dr. José Teruel, Assistant Director of the Pan American Health Organization (PAHO); colleague ambassadors permanent representatives; ladies and gentlemen:

It is now my pleasure to welcome you to this joint meeting, convened in accordance with General Assembly resolution AG/RES. 2308 (XXXVII-O/07), "Eradicating Illiteracy and Fighting Diseases that Affect Integral Development," adopted last year at the Assembly session in Panama.

It is more than appropriate that both the Permanent Council and CEPCIDI are convened here together to discuss different perspectives and points of view regarding the links between poverty and the health status of communities.

Despite recent improvements in poverty elimination in Latin America and the Caribbean, we still face a great deal of challenges. Our region remains the most unequal in the world, and there still exists widespread stratification of access to services, assets, and opportunities. In this context, it is of the utmost importance to understand the interdependence of the development of our region on health.

Due to growing concerns about unequal access to health services and outcomes and the very diverse social indicators of achievement among different sectors of society, there is an increasing awareness inside the Organization of American States and its member states of the need for a deeper analysis of the relationship between poverty, inequality, and health. Given its role in promoting dialogue and partnerships among member states and assisting countries in seeking cooperative solutions to common problems, the OAS is in a privileged position to foster the exchange of knowledge and to facilitate the definition of strategic actions and policies by the governments of the region.

It is important to understand development as a broad concept that embraces a vast array of components reflecting socioeconomic well-being and human values. In this sense, health plays a vital role in promoting development in order to reduce poverty and inequality.

At the United Nations Millennium Summit eight years ago, countries committed to achieving a set of goals, the Millennium Development Goals (MDGs), that include various health indicators. The importance of the link between poverty, inequality, and health stems from the fact that good health is intended to contribute to the well-being of people, and that the lack of good health or access to health services may hamper a person's ability to generate income, have access to opportunities, and lead a productive life. Poverty is an important determinant in the health of people, and lack of health can become both a consequence and a cause of poverty.

It is mostly the poor, indigenous, and afro-descendant populations, as well as inhabitants of rural areas, who are most affected by bad health and lack of access to adequate health services and who are far behind in terms of social indicators of achievement. Hence, it is essential to identify the social determinants of health in order to foster inclusive public policies that will meet people's needs.

Finally, given the regional challenges, it is of vital importance to promote public policies that address the situation of millions of people who suffer from poverty and inequality and that public health becomes universal and is accessible to all. The region's attainment of some of the MDGs depends on it.

PALABRAS DE BIENVENIDA DE LA PRESIDENTA DE LA  
COMISIÓN EJECUTIVA PERMANENTE DEL  
CONSEJO INTERAMERICANO PARA EL DESARROLLO INTEGRAL (CEPCIDI)

El PRESIDENTE: I now give the floor to Ambassador Abigaíl Castro de Pérez, Permanent Representative of El Salvador and Chair of the Permanent Executive Committee of the Inter-American Council for Integral Development (CEPCIDI).

La PRESIDENTA DE LA COMISIÓN EJECUTIVA PERMANENTE DEL CONSEJO INTERAMERICANO PARA EL DESARROLLO INTEGRAL: Gracias, señor Presidente.

Señor Secretario General, señor Secretario General Adjunto, señor Director Adjunto de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la especial delegación que le acompaña, señores Embajadores Representantes Permanentes y Alternos, señores Delegados, señoras y señores:

En mi calidad de Presidenta de la CEPCIDI es un placer darles la bienvenida en el día de hoy. Para el Consejo Interamericana para el Desarrollo Integral (CIDI), como el órgano de la OEA que tiene por finalidad promover la cooperación entre los Estados Americanos con el propósito de lograr su desarrollo integral y, en particular, para contribuir a la eliminación de la pobreza crítica, es sumamente útil contar con una sesión para explorar los vínculos existentes entre la pobreza y el estado sanitario de las comunidades.

Como muy bien lo ha señalado el Presidente del Consejo Permanente, nuestra región es una de las más desiguales del mundo. La desigualdad es un fenómeno que invade todos los aspectos de la vida del individuo. Limita su acceso a la salud, a la educación, a los servicios públicos, su acceso al crédito, a un empleo formal y a la participación en la vida política de su comunidad. Esta inequidad tiene un impacto directo en la pobreza, la profundiza y genera círculos viciosos que nos atrapan.

Una persona con bajos niveles de escolaridad tiene dificultades para acceder y beneficiarse de las ventajas del desarrollo. Tiene dificultad para acceder a créditos, para acceder al mercado laboral, para instruirse y beneficiarse de la información que la rodea; inclusive, para beneficiarse plenamente de las campañas informativas y preventivas de salud destinadas a mejorar las condiciones sanitarias y su salud en general.

En meses pasados, en mi calidad de Presidenta de la CEPCIDI, tuve la oportunidad de participar en la reunión de la Comisión Interamericana de Desarrollo Social, órgano subsidiario del CIDI, en la que precisamente se mencionaban estas brechas de la desigualdad y las trampas de la equidad en América Latina.

Y para los sectores de educación y de salud se mencionaron cifras tan aterradoras relativas a nuestra región, como que el 50% de los que comienzan la primaria no la terminan, y solo el 30% de

los hijos de padres que no terminaron la primaria finaliza la secundaria, y del 20% más pobres solo el 0.9% termina la universidad.

Si pensamos en la mortalidad materna y la contrastamos con aquella de los países desarrollados, la cifra es todavía más impactante. Mientras que en los países desarrollados una madre en 7.300 muere, en América Latina es una en 160 madres, y peor aún, cuando se mira el 20% del sector más pobre, esta cifra es dos o tres veces mayor.

En América Latina hay 53 millones de personas sin agua potable y 120 millones sin saneamiento sostenible.

Estos son apenas unos minúsculos ejemplos de esa inequidad y pobreza que nos atrapan. Estudios revelan la correlación entre los ingresos del hogar, el nivel educativo de las madres y el desarrollo cognitivo de los niños. Igualmente, se ha estudiado la correlación entre desnutrición y educación de las madres, así como la esperanza de vida y los grados de analfabetismo.

Conjuntamente debemos buscar nuevas vías para salir de este círculo vicioso, dando énfasis a la articulación de políticas económicas y sociales y, en particular, que presten atención a las situaciones estructurales que reproducen la pobreza.

En el marco del sistema interamericano, el CIDI es un mecanismo que apoya los esfuerzos colectivos de los Estados Miembros para superar la pobreza y alcanzar su desarrollo integral. Contamos con valiosos foros ministeriales en educación, trabajo, cultura, desarrollo social, desarrollo sostenible y ciencia y tecnología, en los que las altas autoridades en cada sector pueden dar a conocer sus políticas, intercambiar políticas y programas que han implementado exitosamente en sus países, y concertar una acción colectiva para la región.

Ejercicios como este, sin lugar a duda, contribuyen con los esfuerzos que cada sector está realizando y las conclusiones y comentarios que de aquí surjan resultarán de interés para los diálogos sectoriales que se vienen adelantando en el marco del CIDI.

Gracias, señor Presidente.

El PRESIDENTE: Thank you, Madam Chair.

#### PALABRAS DE BIENVENIDA DEL SECRETARIO GENERAL

El PRESIDENTE: I am now pleased to give the floor to our Secretary General.

El SECRETARIO GENERAL: Muchas gracias.

Creo que el tema de esta reunión, señor Presidente, es de la más alta importancia para la Organización y para la totalidad de los países de nuestro hemisferio. Yo quiero agradecer esta oportunidad de discutir estos temas y saludar muy especialmente a las personalidades que nos acompañan, especialmente al Director Adjunto de la Organización Panamericana de la Salud, doctor José Romero Teruel, por su gentileza de estar en esta reunión con nosotros.



Desde hace muchos años somos conscientes que el desarrollo no es solo mayores niveles de ingreso, ni un crecimiento del producto. El desarrollo a que aspiramos para nuestros países y para nuestros pueblos es también, y en primer lugar, la situación en que las necesidades básicas de nuestra gente están satisfechas y en la que tienen un acceso igualitario y justo a los bienes, servicios y oportunidades que la sociedad democrática debe proveerles.

Entre el conjunto de factores que inciden en este desarrollo, con justicia llamado desarrollo humano, la salud es crucial. La falta de salud reduce las oportunidades de los individuos de generar sus propios ingresos, afecta sus posibilidades de educarse y desarrollarse individualmente y disminuye sus capacidades de relacionarse y participar activamente en su comunidad.

No nos pueden caber dudas entonces de que la salud es un elemento imprescindible para la reducción de la pobreza y la inequidad y para lograr un verdadero desarrollo de nuestros pueblos.

En su informe sobre Salud en las Américas 2007, la Organización Panamericana de la Salud nos explica que muchos hogares de la región son extremadamente vulnerables a las consecuencias de enfermedades que le pueden obligar a reducir el presupuesto ya exiguo que destinan a otras necesidades básicas.

Porque a pesar de que las enfermedades afectan a todos los sectores de la población, los sectores de bajos recursos son los más vulnerables debido a que ven reducirse sustantivamente los presupuestos para hacer frente a los gastos suscitados por este problema los que, en una gran proporción, deben asumir directamente los propios afectados y junto con el costo directo a esas atenciones deben considerarse los costos derivados de las horas perdidas de trabajo productivo.

Es verdad que en relación al estado de salud de sus habitantes, nuestra región ha experimentado significativos avances durante las últimas dos décadas, reflejados en indicadores recientes de esperanza vida al nacer, en la reducción de los indicadores de mortalidad infantil, de la mortalidad por enfermedades transmisibles y en la cobertura de inmunización o acceso al agua potable.

Todavía tenemos, sin embargo, importantes déficit en relación a la cobertura de servicios y atención básica en zonas rurales, en poblaciones indígenas, en poblaciones afro-descendientes o en grupos de bajos ingresos. La mayoría de los problemas de salud, señala el mismo informe de la OPS, son atribuibles a determinantes sociales como la pobreza o la exclusión.

Igualmente importante es la vinculación del empleo y el desempleo con la salud y el hecho de que muchas de las personas que trabajan en el mercado informal se ven excluidas de prestaciones y servicios sociales. En América Latina y el Caribe, en general, solo los trabajadores asalariados cuentan con protección o cobertura en riesgos de salud, lo cual excluye a millones de personas que trabajan en el sector informal de la economía.

Por estas y muchas otras razones, no debe extrañarnos que un importante número de Objetivos del Milenio se refieran a los indicadores de salud y que esos Objetivos preocupen a los Estados Miembros de nuestra Organización que se han comprometido, a través de los Objetivos, a adoptar medidas tendientes a enfrentar esta necesidad, con especial atención a los grupos vulnerables y marginados.

Resulta esencial promover e implementar políticas públicas destinadas específicamente a esos fines, una herramienta absolutamente necesaria en una región donde según estimaciones hasta un 85% de los gastos de salud privada es financiado por los propios afectados, especialmente en los sectores de recursos socioeconómicos bajos en comparación con una cifra menor, curiosamente, para los países desarrollados, en una región además en donde la salud pública no es accesible para toda la población por igual, adonde la cobertura no es universal y en que los costos de las atenciones también se están incrementando.

Hoy podemos plantearnos la posibilidad de más y mejores políticas públicas de salud porque ya son pocos en nuestra región los que siguen creyendo que estos temas son cuestiones que atañen al mercado y, por el contrario, cada vez más los que estamos convencidos de que necesitamos estados más sólidos y fuertes, en condiciones de llevar a la práctica las políticas públicas necesarias para solucionar los graves problemas que todavía nos afectan.

En definitiva, nuestros gobiernos tienen el deber de ser eficientes en la conducción de los asuntos económicos y financieros del Estado pero, al mismo tiempo, deben buscar la forma responsable de responder a las obligaciones que la ciudadanía legítimamente les demanda.

Como organización debemos seguir insistiendo en la importancia de este tema. Recordemos que en la Declaración de Nuevo León nuestros Estados Miembros destacaron la importancia de continuar ampliando las estrategias de prevención, atención y promoción en materia de salud, y que en esa misma Declaración se subrayó la trascendencia que tenía la inversión en este campo, a efecto de proveer servicios de calidad para todos y mejorar, dentro de lo posible, la protección social a todas las personas, con particular énfasis en los grupos más vulnerables.

Nuestros Estados Miembros se han comprometido, igualmente, a reforzar programas de promoción, prevención, control y tratamiento; a continuar desarrollando y fortaleciendo estrategias de cooperación técnica entre países de la región; y a profundizar la cooperación técnica con la Organización Panamericana de la Salud, el Banco Interamericano de Desarrollo y otros organismos interamericanos.

Ustedes pueden contar con la seguridad que desde la Secretaría General de la OEA continuaremos propagando estos acuerdos y propiciando todas las iniciativas que permitan la materialización de los compromisos que ellos encierran.

Muchas gracias.

El PRESIDENTE: Thank you very much, Mr. Secretary General.

#### PALABRAS DE BIENVENIDA DEL DIRECTOR ADJUNTO DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

El PRESIDENTE: I am now very pleased to give the floor to the Assistant Director of the Pan American Health Organization (PAHO), Dr. José Romero Teruel.

EL DIRECTOR ADJUNTO DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD:  
Gracias, señor Presidente.

Señor Presidente; señor Secretario General; Embajadora Abigaíl Castro de Pérez, Presidenta del CEPACI; miembros del Consejo; Embajadores Representantes Permanentes; miembros de las Misiones; señoras y señores:

Es una gran satisfacción estar en esta sesión en representación de nuestra Directora la doctora Mirta Roses, y esta invitación es muy oportuna por una serie de condiciones y de trabajo conjunto que hemos estado realizando la Organización Panamericana de la Salud y la Organización de los Estados Americanos.

Las palabras anteriores coinciden plenamente con la manera con que la OPS también ha observado la región de las Américas. Tenemos presente todavía dificultades económicas por las que atravesaron los países de América Latina, del Caribe, en particular, en los años ochenta y noventa, y que afectaron las condiciones de vida de los pueblos de la región.

Las políticas económicas de reducción del gasto público implementadas en ese período golpearon a los sectores sociales, en particular salud y educación; y si bien hemos observado en los años recientes grados de recuperación, los efectos nos ubicaron en niveles sanitarios vinculados con una situación de pobreza, experimentada por una alta proporción de nuestras gentes en los diferentes países.

Los sectores salud y educación siguieron trabajando dentro de esos períodos difíciles y han logrado mantener la reducción progresiva de los indicadores que normalmente utilizamos para medir la condición de salud y de bienestar de nuestras gentes, pero lo que observamos fue una desaceleración del progreso que se venía obteniendo en los años anteriores, en las décadas anteriores y se desarticuló la respuesta del sistema al servicio de salud como consecuencia de las reformas sectoriales o los modelos que fueron utilizados.

Sobre todo este panorama, en los años noventa, y tal vez como consecuencia de los mismos factores, nuestro continente fue afectado por la epidemia del cólera que empieza en 1991.

El hecho que tenemos ya una serie de problemas en el campo social, en salud y educación, y al llegar una epidemia de este tipo lo que hace es una desatención a los problemas que ya venían en ejecución para poner recursos y atención a un problema adicional que llega a afectar a nuestros países. Hay además otras amenazas potenciales en el futuro.

Tenemos el legado de una agenda inconclusa, también de problemas que ponen en riesgo la consolidación de logros sanitarios alcanzados anteriormente. Y hay todas las cuestiones que se originan de una transición demográfica de la misma condición humana de envejecimiento; pero llegamos a los albores de este nuevo Milenio que empezamos con brechas de desigualdad que ya fueron señaladas por el señor Secretario General, por el Presidente del Consejo y por la Presidenta del CEPACI.

Vemos con especial satisfacción desde nuestra Organización la importancia creciente que le otorga el Consejo Permanente al tema de salud, de la educación, de la nutrición del Hemisferio, lo cual ha facilitado su inclusión en las agendas y en los debates a nivel político.

Hay que recordar que fue en Panamá, con el compromiso de los Ministros de Salud de los Estados Miembros y la voluntad política del Secretario General de Naciones Unidas y del Secretario General de esta Organización, bajo el liderazgo del Presidente de Panamá, Martín Torrijos, que se presentó la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017, que nos da una orientación, una brújula para los caminos que debemos seguir.

No quiero extenderme mucho, pero quiero compartir con ustedes más información sobre el tema de la pobreza y sus vínculos con la situación sanitaria que incide en este continente. Nuestros países requieren tener un abordaje intersectorial, integral, en donde desaparecen fronteras sectoriales para actuar en una multidimensión de la pobreza, enfatizando el compromiso regional, nacional, con acciones locales en los municipios y cantones más pobres que no han obtenido beneficios de las reformas sociales y sanitarias.

Voy a presentarles después algunos datos, que se basan mucho en promedios, y que nuestra Directora acostumbra llamar “la tiranía de los promedios” porque esconden los grupos más vulnerables que están distribuidos en nuestros países, en todos los países, incluso en los países más desarrollados del Continente.

Nuestra Directora ha lanzado una iniciativa que llamamos “Rostros, Voces y Lugares” para tratar de actuar con más compromiso político y técnico sobre los municipios más vulnerables. Solo con un compromiso conjunto que tenemos OEA-OPS, enfatizando las políticas sociales que focaliza a los grupos más vulnerables y actuando conjuntamente con medidas educativas, sanitarias, nutricionales, podemos lograr reducir estas brechas de inequidad que hemos visto y que seguimos observando, pero tenemos que entrar a actuar con programas que sean realmente efectivos.

Hemos aprendido que no podemos atacar la pobreza y el núcleo duro de la misma si no se avanza paralelamente bajo el enfoque de macro-determinantes, y se interviene con políticas públicas universales, basadas en los principios de derechos y acceso universal a la salud. Es fundamental trabajar también en lo que tenemos ya de orientación de los Objetivos del Milenio y lograr esta equidad que buscamos.

Esperamos que en la próxima reunión, en la primera reunión de Ministros y otras autoridades de desarrollo social que se llevará a cabo en Chile en octubre –la fecha no la tengo precisa, me indican que aparentemente hay un cambio– tengamos la oportunidad de fortalecer conjuntamente como sistema interamericano estas estrategias de institucionalización de políticas sociales integrales.

Todo lo anterior es de conocimiento de ustedes y ya lo han debatido dentro de esta casa, como fruto del pensamiento comprometido de todos. Ello demuestra una aceleración del proceso que puede llevar a un futuro mejor para nuestra gente y para las futuras generaciones. También nos señala la necesidad de actuar sobre los determinantes económicos, sociales, ambientales y de la salud, en donde la educación tiene un peso muy importante.

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) hoy nos advierte, por ejemplo, que sería necesario un mínimo de doce años de escolaridad para que las personas estén preparadas para salir del nivel de pobreza que medimos en estos indicadores.

Actuar sobre sus determinantes económicos, sociales, ambientales, de salud y educación con una mirada intersectorial integral –repito– es nuestro horizonte estratégico y un compromiso de nuestros Estados Miembros.

Una vez más y en representación de nuestra Directora, les reiteramos a los miembros de la Comisión y del Consejo que continuaremos también, como decía el señor Secretario General, trabajando para coordinar más y mejor los esfuerzos del sistema interamericano con acciones integrales que respondan a los desafíos de la inequidad en nuestra región.

Muchas gracias.

El PRESIDENTE: Thank you so very much, Dr. Teruel. I now give the floor to Ambassador Castro, who will chair the second part of this meeting.

PRESENTACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD SOBRE LOS  
VÍNCULOS EXISTENTES ENTRE LA  
POBREZA Y EL ESTADO SANITARIO DE LAS  
COMUNIDADES DEL HEMISFERIO

La PRESIDENTA DE LA COMISIÓN EJECUTIVA PERMANENTE DEL CONSEJO INTERAMERICANO PARA EL DESARROLLO INTEGRAL: Gracias, señor Presidente.

Es un verdadero gusto contar con la participación el día de hoy del doctor José Romero Teruel en representación de la OPS, quien nos expondrá sobre los vínculos existentes entre la pobreza y el estado sanitario de las comunidades del Hemisferio y los trabajos que su organización viene desarrollando.

El doctor José Romero Teruel fue profesor de Salud Pública y Medicina Comunitaria en la Universidad de São Paulo, Brasil por una década. Trabajó con la OPS y la Organización Mundial de Salud donde desarrolló y participó en actividades internacionales de cooperación en todos los países del Hemisferio. También participó en misiones en África.

Durante su participación inicial con la OPS, fue Asesor Regional para las áreas de educación e investigación en el sector de salud pública; también fue Jefe de la División de Planeación Estratégica y Director de la División de Salud y Desarrollo. Ha sido protagonista importante del desarrollo de la estrategia “Salud: Un Puente para la Paz”, que fue aplicada en Centroamérica en cooperación con los Ministerios de Salud y actualmente se desempeña como Director Adjunto de la OPS.

Doctor Teruel, tiene usted la palabra.

El DIRECTOR ADJUNTO DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD:  
Muchas gracias.

Yo creo que ustedes tendrán o tienen ya acceso en sus pantallas a alguna información que quiero compartir con ustedes y posteriormente, con mucho gusto, deseáramos escuchar también los comentarios que ustedes tienen alrededor de estos temas.

Voy a aprovechar la paciencia de ustedes para hablarles algunos minutos sobre la historia de la Organización Panamericana de la Salud, porque nuestra historia está extremadamente asociada a la historia misma de la OEA. En la pantalla observan una foto de nuestra Directora actual, doctora Mirta Roses, médica argentina, que ha tenido un gran desarrollo en la OPS por varios años, trabajando a nivel de los países, en Trinidad y Tobago, en República Dominicana, en Bolivia, antes de venir a ser Subdirectora, la posición que ocupó actualmente interinamente, y elegida ahora ya, por segunda vez, como Directora de la OPS.

Nuestra Organización, la OPS o PAHO, Panamerican Health Organization, como la OEA, tienen un poco más de cien años. Yo acostumbro decir que instituciones como las nuestras no envejecen con el tiempo; cien años para nosotros sería ya una edad muy avanzada pero para instituciones como estas es todavía la niñez, están aprendiendo y tienen mucho que hacer por delante.

El origen de la OPS estuvo muy asociado también con el desarrollo del comercio, del *trade*, que empezó a cambiarse de oeste a este con los países europeos, al norte y también tiene su desarrollo asociado a la influencia de Estados Unidos a través de la doctrina Monroe, dentro del Canal de Panamá.

Ahí aparece ya, desde el comienzo, el gran problema de la fiebre amarilla y de enfermedades que afectaban el comercio. Los barcos venían con mercancías de los países para otros países y tenían que pasar por cuarentena, para esperar porque venían de áreas que estaban contaminadas por enfermedades como malaria y fiebre amarilla.

En la pantalla pueden observar una foto del mosquito, porque tardó mucho tiempo para que se descubriera que el mosquito era importante en la transmisión de la fiebre amarilla y además de otras enfermedades que se desconocen. Y este es el doctor Carlos Finlay, que era un español en el tiempo que España dominaba a Cuba, o sea cubano-español, que sospechó de la importancia del mosquito, y los estudios después desarrollados por Walter Reed en Panamá, demostraron que realmente era el transmisor.

En el Hotel Village, que está aquí en Washington todavía, se dio una reunión que fue organizada por decisión tomada a nivel de la Segunda Conferencia de la OEA en México, de que sería importante para los países de los Estados Americanos tener un organismo dedicado al control de enfermedades, exactamente porque afectaban las relaciones de comercio entre países. Y estos señores que ustedes aprecian en la foto, junto a sus nombres y países correspondientes –Estados Unidos, Cuba, Costa Rica, México y Chile– fueron, yo acostumbro decir, los *founding fathers* de la Organización Panamericana de la Salud y prácticamente el primer comité que tuvimos, que fue designado para coordinar las actividades de la Organización.

Pasan los años. En pantalla se observa otro momento importante para los países en función de la salud pública, una reunión que se da en La Habana en 1924 ya dentro de lo que era la Organización Panamericana de la Salud. Allí se firma el Código Sanitario Panamericano, donde los países se comprometieron formalmente en que si un país se viera afectado por cualquier problema de salud, los demás países debían colaborar con este y además informar a los países vecinos si se tratase de un problema que podría transferirse o trasladarse a los demás países. Este Código existe todavía, está en vigencia y es la base formal, legal, de la OPS.

La OPS tiene oficinas en todos los países. Es un organismo extremadamente descentralizado y de bajo costo administrativo. Tenemos aproximadamente unas 3.000 personas en este momento trabajando junto con los nacionales desarrollando diferentes programas de salud en los países y hay cientos de especializados, como puede verse en el mapa de la derecha.

La imagen en pantalla muestra el local donde decidieron construir el nuevo edificio de la OPS. Yo no sé si ustedes lo conocen pero si miran la pantalla cuidadosamente va a aparecer ahí. Ahí está. Yo acostumbro decir que la Secretaria de Estado Condoleezza Rice cuando abre su ventana en las mañanas, cuando está en Washington, esto es lo que ella ve del otro lado de la calle; estamos del otro lado del Departamento de Estado.

Esta nueva imagen muestra nuestro edificio, que es una obra de arte, con arquitectura diseñada por un uruguayo, fondos de Kellogg y el local donado por el Gobierno americano. En la siguiente se observa al Presidente John F. Kennedy, que vino cuando se puso la piedra fundamental para la construcción de este edificio. En la extrema izquierda, la primera persona que está ahí mirando hacia el lado es el doctor Abraham Horwitz, que era de Chile y que fue uno de los primeros directores de la Organización.

Estos fueron nuestros directores; no quiero molestarles con la historia de cada uno de ellos. Tuve la oportunidad de estudiar un poco esto y conocer detalles de qué pasó en cada uno de estos períodos.

Los cuatro señores de la parte de arriba son de Estados Unidos y los tres primeros eran el Cirujano General de Estados Unidos, que es la posición política en salud pública más importante del país. Cuando empieza la segunda guerra mundial era mucha la actividad del Cirujano General, por lo tanto se desvincula el doctor Cummings, que se quedó por mucho tiempo en la Organización – veintiséis años. Él pasó a ser el coordinador de las actividades de la Organización y otro Cirujano General fue designado.

Soper, que es el último de la derecha en la parte de arriba, venía de una gran experiencia en Brasil para la eliminación de la fiebre amarilla y entonces tenía conocimiento de América Latina, experiencia en salud pública y pasa a ser Director de lo que era la OPS.

El doctor Horwitz, de Chile, fue el primer latinoamericano que entra como Director, seguido de Héctor Acuña de México, Carlyle de Macedo de Brasil y George Alleyne de Barbados, antes de la doctora Roses, de quien ya les enseñé la foto.

En 1945, después de la segunda guerra, se crea Naciones Unidas y hay una conferencia en San Francisco; pasa una historia igual a la que pasó con la OEA cuando decide crear la OPS. Hay

una propuesta hecha por Brasil y China, que sugieren que se cree, dentro de Naciones Unidas, un organismo dedicado a los temas de salud.

En 1946, la Conferencia Internacional que se da en Nueva York aprueba la constitución de esa organización en julio. El primer Director es el doctor Chisolm de Canadá; yo sé que aquí está también la representación de Canadá y es importante que sepan. Canadá tuvo un rol importante en el origen de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y es un miembro importante de la organización.

Enseguida, por veinte años tuvimos al doctor Marcolino Candau de Brasil como Director de la OMS, en un período muy importante en los niveles de independencia de los países africanos. En 1948, entra la constitución de la OMS con fuerza.

Importante para nosotros es el día 7 de abril que se está acercando; es el día que conmemoramos el aniversario de la Organización y el Día Mundial de la Salud. Cada año hay un tema que utilizamos para desarrollar la promoción, educación y llamar la atención sobre cuestiones de salud. Este año el tema escogido fue “Protección en Relación al Cambio Climático”.

Aprovecho para decirles que el 5 de abril –sábado– en el edificio de la OPS se organiza una pequeña fiesta, están todos invitados si quieren venir con sus familias y de ahí caminamos en el Mall un poco en el sentido simbólico de la importancia del ejercicio para la salud.

Esa es la Directora de la OMS actual, Margaret Chan, y está llamando la atención para los sesenta años que cumple la OMS. Y dice:

It is my personal view that that WHO is well-equipped to excel in the unique role envisioned 60 years ago, serving as a mechanism through which all countries collaborate in a shared quest for better health, motivated by common understanding and goodwill.

Cuando la OMS es creada, nosotros ya estábamos con la OPS existiendo porque se creó junto con la OEA a comienzos del siglo pasado. Este es el momento en que se firma la decisión de que la Organización, que ya teníamos aquí, junto con la OEA, representa el ramo de la salud para la OEA e iba también a representar a la OMS.

Ahí en el centro está la doctora Guzmán de Venezuela, el doctor Chisolm de Canadá, Fred Soper, y un grupo de los salubristas de América Latina y del Continente de aquel tiempo.

¿Qué hace la OMS entonces? En pantalla pueden ver en color verde a la izquierda el Continente organizado dentro de nuestra organización; el mundo se divide en seis regiones que son las regiones de la OMS, con los locales donde se encuentran sus oficinas regionales.

Pueden ver ahora dos símbolos. El de la izquierda que tenemos para la Organización Panamericana y el de la OMS, y la sigla que siempre llevamos en nuestros documentos de que somos la oficina regional de la OMS.

En 1955 empiezan los programas mundiales para la erradicación de la malaria; en 1965 entran enfermedades crónicas que empiezan a llamar la atención como la diabetes melitus; en 1966 se



inaugura un nuevo edificio en Ginebra, Suiza, para la sede de la OMS; en 1973 entra el doctor Mahler, que fue director de la OMS de Dinamarca.

Yo considero personalmente, y me tomo la libertad de emitir algunas observaciones personales, no quiero incriminar a la OPS en eso: para mí el doctor Mahler ha sido tal vez el mejor Director de la OMS que hemos tenido en términos de vibración, compromiso, ideas, estrategias, creando la idea de atención primaria a todas las gentes.

Ustedes saben qué tan importante es para nosotros la utilización de medicamentos y el costo que eso tiene. La organización entró para definir cuáles son los medicamentos esenciales que debemos tener y buscar tener a más bajo precio para que toda la gente pueda utilizar esos medicamentos y reducir un poco lo que puede ser lucro, *profit*, de entidades que están dentro de la preparación de medicamentos, la industria farmacéutica, pero en beneficio de la gente que los necesita.

El doctor Mahler en 1978 organiza la Conferencia Internacional de Alma-Ata donde todos los países participan y toman la decisión y compromiso: “Todas las gentes deben tener el derecho por lo menos al acceso y condiciones básicas mínimas de atención a sus problemas básicos de salud”. Yo puse por curiosidad esta foto del Senador Kennedy, porque él siempre se interesó desde esa época, en 1978, estamos hablando de treinta años atrás, por los temas de salud. Lo convencimos de que debería participar de esta reunión, que estaba ahí en período de la guerra fría y esta reunión fue hecha en la Unión Soviética.

La atención primaria ahora conmemora treinta años también de su declaración y estamos tratando de revitalizar, reforzar la idea, porque es una estrategia que tenemos para ir también a las localidades más vulnerables.

Ponemos siempre la viruela *smallpox* como uno de los grandes logros; eso no es un logro solo de salud o de la Organización, es un logro que fue alcanzado por un trabajo conjunto con los países – ministerios, instituciones religiosas, escuelas. ¡Cuántas escuelas utilizamos como locales para las vacunas! Hay que trabajar de esta manera intersectorial.

En el año 1983 Centroamérica pasaba por períodos difíciles. Se desarrolla la estrategia de “Salud: Puente para la Paz” y con eso los Ministros de Salud firmaron acuerdos, trabajaron en conjunto y trataron de suavizar tensiones en las fronteras, entre los países o dentro de los países desarrollando actividades conjuntas de salud. Fueron realizadas tres conferencias en Madrid en tiempo de Felipe González para poner a los países de Centroamérica y a las autoridades de salud en contacto con las agencias de cooperación.

Las banderitas que se ven en la imagen sencillamente simbolizan proyectos que fueron desarrollados y financiados por diferentes agencias europeas. Los profesionales nacionales en Centroamérica –tenemos el orgullo de decir eso– fueron capaces de, en corto plazo, preparar 470 perfiles de proyectos. Desmitificamos la idea que tienen muchas agencias de financiamiento y cooperación de que las gentes de nuestros países no son capaces de preparar propuestas de proyectos.

Cuando se dio la oportunidad a los centroamericanos, prepararon perfiles de proyecto en ese número que fueron llevados a las agencias. Logramos conseguir más de 500 millones de dólares para

ayudar a los países centroamericanos. En apoyo a lo que hacían los Ministros de Relaciones Exteriores, se firma el Acuerdo de Esquipulas, del que ustedes tienen conocimiento; las Declaraciones de Paz. Hay dos premios Nóbel de Paz de Centroamérica: Rigoberta Menchú y el Presidente Oscar Arias, como saben, Oscar Arias en 1987, en el período en que se estaban desarrollando todas estas actividades.

Hay una publicación que describe esta iniciativa por los quince años iniciales y todavía los Ministros de Salud centroamericanos siguen reuniéndose todos los años, haciendo trabajos y programas conjuntos; ahí también participa República Dominicana.

Les había indicado que en 1981 estábamos ya caminando con esos programas y con mucha expectativa de que lográramos resultados cuando nos llega el cólera; los pobres pescadores peruanos en la costa comían su ceviche, lógicamente hecho con pescado crudo, sin saber que este fue un transmisor, un facilitador terrible para la propagación del cólera.

Pero la actuación del sector salud, no solo en Perú sino en todos los demás países, porque la enfermedad se propagó rápidamente, distribuyendo sales orales de rehidratación, trabajando a nivel de las clínicas para el cuidado de los enfermos, logró que la mortalidad fuera mínima, cuando en el pasado el cólera era una amenaza muy grande por la cantidad de muertos que producía.

¿Qué más hicimos todos los países juntos, qué decisiones políticas adoptamos, qué recursos fueron puestos? Eliminamos la poliomielitis. En el gráfico que tienen al frente, la línea azul indica las vacunaciones hechas y los casos que desaparecen. Ya no vemos niños usando estos aparatos para poderse mover como resultado de esta enfermedad. Son cosas que alguien me decía hoy antes de empezar la reunión: “ustedes hacen las cosas de salud muy suavemente y no llaman mucho la atención, pero aparecen las cosas hechas”. Correcto, pero no es una actividad hecha solamente por la Organización, es hecha por los países; defendemos mucho la idea de que nuestro trabajo es de cooperación y no de asistencia.

En 1986 aparece el HIV/AIDS, el SIDA. Primero la gente pensaba en salud pública que esta es una enfermedad que afecta a un grupo específico de la población, y esto se transforma en la epidemia que tenemos hoy y que genera gran preocupación, de un alto costo por la dificultad que hay en producir vacunas y por los medicamentos que se utilizan.

Rápidamente, la siguiente imagen muestra a las personas que estuvieron actuando al frente de la OMS: doctor Nakajima, la doctora Brundtland de Noruega, el doctor Lee, que lamentablemente hace tres años tuvo un ataque y murió al inicio de la Asamblea Mundial de la Salud en el año 2006, y Margaret Chan de China.

También hemos creado programas relacionados con la tuberculosis. Tenemos los datos que están en “Condiciones de Salud de las Américas”, publicación que está accesible a ustedes en la página Web de la OPS pero también en la biblioteca aquí de la OEA. Tratamos de medir cómo cada una de esas enfermedades importantes está afectando nuestros países pero, otra vez, son promedios. Por detrás de estas barritas en el gráfico tenemos grupos específicos de gentes que están más afectados y que tenemos que alcanzar.

Iniciativas para tratar grupos específicos de gentes; vacunación contra el sarampión, que está en campaña también tratando de ver si la eliminamos. Hay una buena cobertura de vacunas en los niños de nuestra región. Miren la línea azul y los casos que están en las barras. Este es un trabajo de todos los días de nuestra gente, de nuestros países. Queremos reforzar: no es suficiente; necesitamos más que esto.

Sobre la protección natal de tetanus, ustedes ven que en el gráfico se especifica un poco más la situación de Haití. ¿Qué significa esto? Que allí los niños están naciendo con una muy mala atención en el momento del parto, el cordón umbilical se contamina con el *spore* tetánico, y el niño en siete días está muerto.

Se ha logrado bajar la incidencia, pero esto no se logra con vacunas; hay que dar atención médica al parto, a la madre, servicios prenatales. Son indicadores que utilizamos y necesidades que tiene nuestra gente.

En cuanto a cobertura contra la tos ferina, difteria, tabaco, yo comentaba hoy con compañeros de la OPS que hace unos veinte años tuve la oportunidad de estar en este salón con el Director de la Organización Panamericana de la Salud. Se fumaba en este recinto y la curiosidad es que el Director mencionó la campaña contra el tabaco y lamentablemente uno de los Embajadores ostensivamente se molestó de que se le indicara que no se debería fumar en el edificio y prendió tres cigarrillos enseguida durante la sesión.

Hoy entre aquí y miré, no hay más ceniceros. Esto es un indicador para nosotros, es un progreso; significa que algo pasó en estos veinte años, que los ha afectado a ustedes muy directamente. Si alguien todavía fuma fuera de aquí no lo haga, pero hay una indicación precisa de conocimientos científicos, de programas relacionados con la salud, en el sentido de que nos afecta a todos nosotros.

Hay cosas que no esperábamos, como el SARS. Este síndrome apareció y fue controlado rápidamente; llegó a Canadá. Aprovecho para rendir homenaje a Carlo Urbani, compañero nuestro que estaba en Vietnam. Fue el hombre que alertó rápidamente que estábamos con esta infección nueva, pero lamentablemente se contaminó y murió por la enfermedad. La gente está comprometida con el trabajo y llega a pasar por riesgos también por problemas como este.

Por otra parte, el Reglamento Sanitario Internacional está en revisión para su ampliación. La cuestión de la madre y del niño, la atención conjunta. La definición dice que salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social. Insistimos en eso porque la gente habla de salud y piensa solamente en el trabajo de los hospitales y en la atención médica. No; salud es mucho más. Es como vivimos nosotros mentalmente, físicamente, socialmente. Es la participación nuestra. Y para esto entonces entra la cuestión intersectorial de cómo trabajar con los determinantes de salud.

Este esquema que les muestro ahora, lo tenemos en distintas maneras en los libros de texto y se puede encontrar fácilmente, pero este lo saqué del programa de Estados Unidos "Pueblo Saludable 2010", que es un gran plan que se viene desarrollando para un período de diez años, que es muy interesante y que vale la pena conocer mejor.

Entonces aquí se encuentran lo que llamamos los determinantes de salud y bienestar para ver grupos de factores que están asociados con nuestra condición de vida. Educación está allá arriba, es importantísimo pero si solo dejamos salud y educación solitos y no movemos los demás –trabajo, habitación, medio ambiente, el agua, servicios de salud, desarrollo económico y social, no avanzamos. Tenemos compañeros economistas de los bancos, en particular, que dicen “el desarrollo económico es la solución”. Sí, es importante, pero junto con esto hay que tener desarrollo social. La gente que está mal nutrida, que no tiene buena educación, ¿cómo puede producir?

Estos factores están afectando entonces la salud y el bienestar, y entre ellos también tienen sus relaciones. Así que es un conjunto de herramientas de la vida nuestra.

Siempre me gusta mostrar este dibujo. Es una obra de arte de Solón Romero, un pintor boliviano. Se trata de un mural que está en el Ministerio de Salud de Bolivia y muestra cómo un artista interpreta todos estos factores que afectan la salud y el bienestar humano.

Yo no soy especialista en arte pero si ustedes ven, la idea es, si uno mira en un cuadro como este, los espacios ocupados por los diferentes dibujos significa la importancia que el artista pone a los elementos que están ahí. Entonces, lo que llama la atención: dos manos grandotas que están allá abajo y de las cuales salen maíz, el alimento. Entonces, el trabajo de estas manos está representando algo que es importante para todos.

Las personas que están ahí con ropa blanca pueden representar salud y si ustedes miran con atención, más arriba a la derecha está una persona hablando con otra, representando a los niños, la escuela, la educación. Y él puso una gran importancia del lado derecho, casi en mitad de la figura, el símbolo de guerra y paz. Para nosotros, guerra es la peor enfermedad; mata, destruye, se gastan recursos que se necesitan para construir las cosas.

Un amigo del Instituto Karolinska, de Suecia, Hans Rosling, él trabajó los datos a nivel mundial y creó esta figura muy interesante en que los países están representados y cada continente tiene un color diferente. Las Américas está ahí en verde, y el tamaño de la población, el tamaño del país está representado por el tamaño del círculo. Y él puso dos cosas para correlacionarlas. Si ustedes ven la parte de abajo, está el producto nacional bruto per cápita y del otro lado está la supervivencia de niños menores de cinco años. Por lo tanto, cuando uno sube en la escala vertical significa que más niños sobreviven; cuando se va a la derecha en la escala horizontal significa países más ricos. Entonces, hay una correlación que sabemos, es obvia; cuando vamos de izquierda a derecha y subiendo estamos viendo países más ricos y niños que más sobreviven. Y ahí tenemos donde están ubicados los diferentes países nuestros.

Él tiene esto y si alguno de ustedes tiene curiosidad, basta poner el nombre Hans Rosling en la página Web y él tiene esta gráfica dinámica, mostrando a través del tiempo como se desarrolla la movilización de estos círculos.

Yo veo, por ejemplo, a mi país de origen, Brasil, donde está, a nivel medio de las dos cosas más o menos, pero hay países... México está más arriba aquí de Brasil; tenemos nuestros países más pobres. Haití lo había encontrado por aquí más abajo y hay casos extremos como Gabon que tiene una riqueza en su país pero la gente está muriendo; o sea, mala distribución de los recursos y del desarrollo social.

Y tenemos en las Américas el caso de Cuba que está aquí arriba. El sistema que ellos utilizan para salud-educación llega a toda la población. El poder económico es menor que los que están a la derecha pero su nivel de supervivencia infantil es equivalente al de Estados Unidos, que está aquí en la misma línea horizontal. El día que enseñamos esto al Ministro de Salud de Cuba se quedó muy feliz y creo que lleva en el bolsillo una copia de esto para mostrarlo a toda la gente que encuentre, lógicamente.

En nuestra región la población se urbaniza; tenemos un crecimiento demográfico en que si ustedes ven las pirámides poblacionales se están estrechando en el sentido de menos niños y mayor número de personas de edad, lo que significa también un cambio en necesidades de salud; más problemas crónicos; diabetes melitus, por ejemplo. Tenemos aquí Trinidad y Tobago, un país en que aparentemente tenemos una proporción bien alta de diabetes, seguida de México, Paraguay, etcétera. Esto tiene que ver con problemas culturales, estilos de alimentación, ejercicio físico y otros problemas también de orden genérico.

Pero lógicamente, ustedes podrían después preguntar: ¿Cuál es la confiabilidad de la fuente de información? Lógicamente hay errores aquí, puede que un dato no es comparable con el de otro país, pero más o menos nos da indicación de las cosas.

En la publicación *Salud de las Américas*, tenemos a los países agrupados también en términos de subdesarrollo y su acceso en términos de las expectativas de vida, agua potable, cobertura de saneamiento, etcétera. Mortalidad abajo de cinco años, el promedio en rojo. Haití, Bolivia, Perú. Tenemos los países que consideramos son prioritarios y hacemos un esfuerzo adicional para trabajar en ellos.

Mortalidad infantil, menos de un año. Aquí están algunos de los países seleccionados y mostrando la relación con el grado de escolaridad de la madre. Y lógicamente ustedes ven a la izquierda la barra azul más oscura, no analfabetas grado primario, grado secundario y lógicamente eso se refleja también en la mortalidad de los niños.

Hablando con los especialistas en nutrición que tenemos, me decía uno de ellos: más o menos la mitad de los casos de desnutrición que tenemos se explica por la cuestión de educación de la madre porque las madres más pobres pero que tienen un nivel de educación son capaces de organizar, buscar y de dar un cuidado a sus niños.

En los grados de analfabetismo que tenemos, existe diferencia entre hombres y mujeres, pero es curioso que en muchos de los países las mujeres están frecuentando más las escuelas, por lo menos a nivel primario y secundario, que los hombres. No sé si ahí entra algo del machismo nuestro, que los hombres van a trabajar, no van a la escuela, esas son cosas solo para las mujeres, pero la importancia de la educación fue señalada antes por el Secretario General y por la Embajadora también.

Pero hay algo que da mucho optimismo en la región: el nivel de registro a nivel primario está creciendo. Esto es importantísimo, es fundamental y cuando vemos en los países así cantidad de niños y escuelas hay que poner más empuje. Esto es solución para el futuro.

Atendiendo a los nacimientos. También lógicamente está relacionado con el factor económico de atención a las madres, y la mortalidad de las mujeres está también relacionada y se ve

la diferencia entre los países más pobres y los que tienen mejor organización de sistema salud. En la punta de abajo está Chile, Cuba, Santa Lucía, Argentina, Costa Rica, Brasil, etcétera, que han logrado programas de atención materna llegando a más mujeres.

Esta gráfica fue hecha de una manera curiosa pero interesante. La curva que ustedes tienen es cómo ha caminado la mortalidad de las madres en Estados Unidos desde 1900 hasta más o menos al año 2000. Entonces ustedes ven que ha bajado, o sea cada vez menos mujeres muriendo en Estados Unidos; y ahí lo que pusimos fue, en el mismo año 2000, dónde están los demás países latinoamericanos con sus datos en comparación con el dato de Estados Unidos. Ustedes ven que el más retrasado es Haití, que está a nivel de comienzos del siglo pasado como estaba Estados Unidos. Eso significa qué está pasando con las mujeres en temas de la mortalidad: madres que están muriendo porque están embarazadas, antes del parto, durante o poco después. Y ahí ustedes tienen la distribución de los países. Hacemos este tipo de comparación no para molestar a nadie pero para sentir cómo estamos en los países, qué posibilidades habrían de alcanzar.

Aquí también tenemos la desnutrición que empieza en niños menores de cinco años. Aquí sí yo creo que Guatemala ha logrado hacer una medida más precisa y posiblemente hagamos varias porque hay casos en que no se explica por qué un país está mejor que el otro.

La nueva gráfica muestra la desnutrición en 24 países de América Latina y del Caribe alrededor del año 2000. La línea azul muestra el promedio otra vez. Allí se observa cómo se distribuye en cada país, pero también existe un promedio para cada país.

La Declaración de las Metas del Milenio, ustedes las conocen y no voy a tomarles tiempo para eso, pero miramos que pobreza y hambre aparecen en primer lugar de preocupación cuando nuestros gobiernos se reunieron en Naciones Unidas para emitir esa Declaración. Y para nosotros todos estos elementos que están aquí, todos ellos tienen que ver con la salud de la gente en cierto grado, mayor o menor. Allí están pobreza, hambre, educación, género, reducir la mortalidad de los niños, la mortalidad de las madres, el problema de las principales infecciones, o sea, hay compromiso de los países, hay entendimiento de lo que se necesita hacer.

El problema más importante que se quedó del siglo pasado para nosotros fue la pobreza. Yo el día que encontré esta portada en la revista *The Economist*, me choqué mucho: cuando uno tiene ya cierta edad y tiene nietos, uno empieza a mirar a los demás niños, y nosotros somos un grupo de gente en la OPS y ustedes en la OEA que tenemos nuestros hijos o nuestros nietos pero nuestra atención es para todos los hijos y para todos los nietos; o sea, tenemos responsabilidades que traspasan el nivel específico de la familia de cada uno o del país de donde uno viene.

Cuando estamos reunidos alrededor de una mesa como esta para tomar decisiones que van a afectar a todos los países, a todos los niños, a todas las madres; o sea no podemos pensar pequeño, ¿qué puedo hacer para mejorar a mi mismo, a mi gente? Pero hay que entrar en el estilo de solidaridad.

Entonces al ver una foto como la que tenemos en frente, yo me decía: este niño debería estar en la escuela en vez de estar aquí cargando los *bricks*, y por detrás de ese niño está la madre ahí trabajando también; hay que mirar eso. Yo no estoy en contra de que los niños trabajen si es un

trabajo suave, adecuado, para que ayude a su casa, pero no puede ser como reemplazo a la escuela y a su desarrollo emocional, que es muy importante también.

Tenemos la población que vive en extrema pobreza, hay proporciones altas; sabemos los países que están más afectados por esto. Y perdonen que les de este dato. Esto fue un cálculo hecho por el programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) algún tiempo atrás. Algunos compañeros míos dicen que no muestre esto, esto no. Yo creo que es importante. Miren: si tuviéramos trece billones de dólares por año podríamos tener financiamiento para todos los programas básicos de salud, de educación y de nutrición para toda la gente pobre y es más o menos la misma cantidad que se gasta en países desarrollados con la alimentación para mascotas, para los *pets*. Pero en mis cálculos es también la misma cantidad que se gasta en cosméticos –hombres y mujeres–, o la misma cantidad que gastamos en *cookies, chocolates, and so on*.

Ahora, mi intención no es hacer que ustedes vayan ahora a la hora de almuerzo sintiéndose culpables de que tengo un *pet* en mi casa o como chocolate o uso cosméticos; el problema no es este, es una manera de comparar en cómo está el manejo de todo el planeta y de la población humana, de nuestros hermanos que viven en este mismo planeta al mismo tiempo que nosotros. O sea, hay un desbalance de cosas.

Esta misma cantidad de trece billones de dólares se gastan en un par de semanas de guerra; o sea, hay cosas que están ocurriendo que yo creo que la lógica nuestra permite observar que hay algo que no está bien conducido y que habría maneras de mejorarlo y es de gran importancia la actividad política de ustedes.

La nuestra, en salud, es de mirar cómo hago para mejorar la salud de la gente, pero sabemos que solitos no podemos cambiar mucho, si otras cosas no cambian también. Y ahí entra el rol de una institución como la OEA, focalizada a los países del Hemisferio. ¿Qué podemos hacer juntos? ¿Cómo motivar más? ¿Qué programas? ¿Cómo evitar que se gasten recursos que son tan importantes que pueden resolver problemas al ser humano y mejorar el ambiente en que vivimos en vez de despilfarrarlo en otras cosas?

Algún tiempo atrás encontré la siguiente gráfica –yo la hice ahora porque no pude encontrar el original; se llama “El Círculo Vicioso de la Pobreza, Enfermedad y Subdesarrollo”– que otra vez muestra cómo estos factores están relacionados en forma dinámica con los problemas económicos, la crisis económica, inflación, desempleo, lleva a la pobreza, dificultad con la educación, con la habitación, alimentación, servicios de salud, personas más enfermas. Y entonces no es que estamos todos en esto; hay grupos en nuestras poblaciones que están en estos círculos llamados círculos viciosos y tienen dificultad para salir de ellos.

Hay que romper estos círculos de alguna manera. La educación es importante y debemos ver si trabajamos los demás para sacarlos de esto, pero si no se hace esto en forma conjunta un grupo de gente se va a quedar ahí, otros salen, y ahí tenemos las brechas de inequidad que tenemos.

Hay economistas, como Jeffrey Sachs, que sacó esta publicación *The End of Poverty* buscando soluciones a los problemas, y ahora recién está publicado en España el libro de Amartya Sen y Bernardo Kliksberg que se llama *Primero la Gente*. Yo acabo de tener un poco más de información sobre él; no tengo una copia todavía pero los extractos que encontré son muy

interesantes. No voy a tomarles tiempo leyendo aquí, pero hay un capítulo sobre Educación, Oportunidad o Ilusión. Yo creo que vale la pena, si ustedes están interesados en estos temas, ver esta publicación.

Desempleo entre jóvenes. Ahí hablamos de las *gangs*, de problemas de drogas, de la violencia, pero si los jóvenes están sin empleo, sin oportunidad o motivación es mucho más fácil entrar en los otros problemas de violencia. En la OPS hay un programa –les había mencionado eso anteriormente– que se llama las Voces, Rostros y Lugares, que está haciendo un esfuerzo nuevo de volver a actividades y programas que se dirigen de manera intersectorial a lo local. ¿Dónde están los grupos más vulnerables? ¿Qué hacer con ellos en forma intersectorial?

La gente de nuestra organización, ahí está Sofía Leticia y otros, están ubicando en diferentes países programas que están llevando esto adelante. Este de aquí es el caso de, por ejemplo, SEDESOL en México, Programa Oportunidades. Aquí recién, el día 13 de marzo el Secretario de Desarrollo Social, Ernesto Cordero Arroyo, en la inauguración de la Instancia Infantil Numero 6.000. O sea, hay un esfuerzo de parte de ellos, es un ejemplo. No quiero decir: México está haciendo y los demás no, pero estamos tratando de ubicar programas de este tipo que llevan este enfoque intersectorial.

Voces Familias de Brasil es otro programa que tiene una estrategia interesante y nueva, que es no tener vergüenza de reconocer que tenemos gente muy pobre, tenemos gente hambrienta, hay que buscar una manera de solucionar esto y hay que tener la decisión política para hacerlo.

Chile Solidario, que también viene ya de algún tiempo, pero también lo están revitalizando y así por el estilo.

Yo voy a detenerme aquí. Yo voy a poner esta imagen con unas caritas de niños un poco alegres porque, bueno, este es el futuro. Tenemos posibilidades y necesidades de, en conjunto, con decisiones políticas, con recursos, usar organismos como los nuestros pero con compromiso real para usar los datos, pero no podemos quedarnos en hacer lindas publicaciones, en tener buenas discusiones y reuniones, pero si no sacamos programas que realmente van a dirigirse y a atacar las necesidades de la gente, no podremos lograrlo.

Yo les agradezco otra vez la oportunidad de traer esto y un poco de las preocupaciones que tenemos a nivel de la OPS y la expectativa de seguir trabajando junto con ustedes para enfrentar esta situación y mejorar la condición de vida de las gentes.

Muchas gracias.

LA PRESIDENTA DE LA COMISIÓN EJECUTIVA PERMANENTE DEL CONSEJO INTERAMERICANO PARA EL DESARROLLO INTEGRAL: Gracias, doctor Teruel, por tan interesante presentación. Creo que esta presentación en PowerPoint que nos permite visualizar de mejor manera lo que usted nos ha hablado de la realidad de la salud, de la educación y de la pobreza en general, y haciendo acopio de lo que usted decía al final, estamos aquí para dar resultados que es lo que queremos también en esta nuestra Organización a través de las áreas de competencia.



## COMENTARIOS DE LAS DELEGACIONES

La PRESIDENTA DE LA COMISIÓN EJECUTIVA PERMANENTE DEL CONSEJO INTERAMERICANO PARA EL DESARROLLO INTEGRAL: Me complace ahora ceder la palabra a las Delegaciones que deseen hacer comentarios. Venezuela, tiene la palabra.

La REPRESENTANTE ALTERNA DE VENEZUELA: Gracias, señora Presidenta, y gracias también al Presidente del Consejo Permanente y a la Organización Panamericana de la Salud, en particular en este momento al doctor Romero, por la presentación.

Para Venezuela el tema de la salud es una de las piezas fundamentales. Nuestra Constitución señala que la salud es un derecho humano fundamental. Nos agrada y conocemos todo el empeño que está poniendo la OPS para que la salud no sea tratada solamente como un tema de enfermedad, sino que esté vinculado a determinantes sociales. La pobreza, la exclusión y la inequidad son elementos esenciales para alcanzar estilos de vida saludables, como algunos señalan.

Nuestra sesión de hoy ha tocado algunos aspectos fundamentales para contribuir a desarrollar políticas públicas que nos ayuden a combatir el círculo vicioso de la pobreza, como es la salud y la educación. Por eso es importante toda esta sesión informativa porque nos da muchísimos elementos en la discusión que tenemos en este momento en la elaboración y negociación de la Carta Social de las Américas, donde el tema salud como derecho o salud como una aspiración, está sobre la mesa.

Para Venezuela, y esta es una de las luchas que hay y quizá la prensa lo reseña de una forma negativa, la salud estaba totalmente privatizada; el ser humano estaba tratado, como en muchos países, como una mercancía; quien puede tiene acceso a los servicios de salud.

El ser humano es un ser humano; no es una mercancía. El acceso a los medicamentos esenciales no puede estar supeditado a quien tenga mejor capacidad económica.

En ese sentido, creo que sería interesante que también la OPS abordara o estudiara un poco más la experiencia venezolana con las misiones; veo que se citan reiteradamente ejemplos de otros países, pero el tema de las misiones en Venezuela, por ejemplo, la Misión Barrio Adentro, en donde se privilegia la atención primaria de salud; el tema de las Misiones de Educación Robinson, nosotros alcanzamos ahorita cifras cero en erradicación del analfabetismo; la Misión Rivas, etcétera, hay varias misiones y la Misión Mercal que es colocar en lugares muy apartados, lugares de abastecimiento de productos alimenticios a precios muy bajos para que la gente, ese sector de la población que ustedes llaman “el promedio de la tiranía”, no se refleje en las cifras, puedan acceder a los recursos.

En ese sentido, nosotros pensamos que programas como éstos, si bien no erradican pero apuntan a desarrollar algunas políticas públicas, de manera de incorporar a los excluidos.

También el otro aspecto, y es de reflexión acá, es que cuando se señalan los porcentajes que se dedican a cosméticos, se dedica al pago de mascotas, un asunto a reflexionar es cómo estamos atendiendo el tema de los recursos, la ayuda para los programas sociales, todos esos recursos que se destinan.

Ahí habría que reflexionar muchísimo, sobre todo en el campo de los organismos internacionales, si miramos que hay contribuciones importantes, pero un gran porcentaje se va en estudios, asesoría, y no baja, no baja para atacar sencillamente a millones de niños que están sin alimento y madres adolescentes que salen embarazadas.

En fin, yo creo que es un punto que habría que también repensar en términos de que hay bastante información, bastantes estudios; ya lo que necesitamos es pasar a la acción.

Gracias.

La PRESIDENTA DE LA COMISIÓN EJECUTIVA PERMANENTE DEL CONSEJO INTERAMERICANO PARA EL DESARROLLO INTEGRAL: Gracias a usted, señora Representante. Veo que el doctor Teruel nos ha suscitado muchos comentarios. Solo avisarles que tenemos exactamente cuarenta y cinco minutos de traducción para que podamos, en la medida de lo posible, ser breves.

Tiene la palabra el Representante de Colombia, por favor.

EL REPRESENTANTE ALTERNO DE COLOMBIA: Gracias, señora Presidenta, gracias señor Presidente del Consejo, gracias a todos ustedes por esta presentación tan maravillosa que ha hecho en el día de hoy el Director Adjunto de la OPS, doctor Teruel.

Mi Delegación agradece los informes presentados en este día en el marco del seguimiento de la resolución AG/RES.2308 (XXXVII-O/07), adoptada en la Asamblea General de Panamá y referida a la erradicación del analfabetismo y la lucha contra enfermedades que afectan el desarrollo integral.

En el marco de las Metas del Milenio, erradicar el analfabetismo, así como tomar medidas frente a las enfermedades e inequidades en materia de salud y la mejora de condiciones sanitarias, son un propósito fundamental reconocido por todos los países y las organizaciones internacionales.

Tanto el analfabetismo como las enfermedades son las expresiones más decisivas de inequidad social, que afectan fundamentalmente a los sectores más pobres de la población. Y algunos estudios demuestran que una persona en condiciones de enfermedad y analfabeta nunca podrá superar la línea de pobreza.

Quisiera referirme y agradecer la clarísima presentación en el día de hoy por parte del doctor Teruel. Analiza la problemática de una manera general, global, todos los factores que afectan la salud de la humanidad, y consideramos, por parte de la Delegación de Colombia, que lo más importante es, como lo ha señalado él, con esa visión tan transparente, que el problema se debe afrontar de manera interrelacionada con todos los factores, todas las medidas, la coordinación que debe de haber entre unas y otras y que no se pueden tomar de manera individual para la solución del problema.

Mi Delegación comparte, adicionalmente, que la enfermedad más grave, tal como lo manifestó y que si lo quisiéramos llamar de alguna manera como una enfermedad terminal, es la guerra, y como tal hay que erradicarla de manera definitiva de la humanidad.

La salud, por su parte, es un factor crítico para el desarrollo que se incorpora a los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Aún gran parte de la población padece de desnutrición y enfermedades transmisibles que pueden ser prevenidas y que hoy lamentablemente constituyen un problema acuciante de salud pública.

Estos dos problemas a los que me he referido, tanto la educación como la salud, son los mayores factores de exclusión e inequidad social como lo manifesté y uno de los determinantes fundamentales de la pobreza, lo cual limita el desarrollo personal y social de las personas. Por eso su erradicación debe ser un propósito hemisférico y un compromiso de esta Organización.

En concordancia con lo manifestado por el Director Adjunto de la OPS, el tema de la educación es fundamental como uno de los mecanismos para solucionar esta problemática. Si bien es cierto que los análisis de las acciones emprendidas evidencian que aunque se han concentrado esfuerzos en la ampliación de la cobertura de la educación básica para aquellos en edad escolar, no se pueden descuidar las campañas y los programas sistemáticos.

Frente a este panorama el Gobierno de Colombia entiende que un problema tan crítico como el analfabetismo tiene dos caminos para una solución definitiva en el mediano y largo plazo.

El primero de ellos, de carácter preventivo, es garantizar el acceso y la permanencia de los niños y las niñas en edad escolar en el sistema educativo. Efectivamente, cada niño que no asista a la escuela o que se retire antes del tiempo es un iletrado potencial. Implica también que la educación recibida sea de calidad, de manera que la institución educativa sea un escenario atractivo y atrayente para los niños. Este esfuerzo es definitivo para evitar el fracaso escolar, la repitencia y la deserción que cultivan y generan problemas de iletrados.

El segundo camino para pensar en la erradicación de analfabetismo lo constituye el desarrollo de políticas nacionales, basadas en la aplicación de modelos educativos que respondan a las necesidades de esta población. Asimismo, es pertinente implementar programas continuados de carácter formal con modalidades flexibles y semipresenciales, trascendiendo decididamente las tradicionales campañas alfabetizadoras.

Pero no se trata solamente de alfabetizar sino de propiciar la continuidad de los jóvenes y adultos en el sistema educativo, al mismo tiempo que a través de la educación se puedan implementar campañas que promuevan mejores condiciones de salubridad pública para las poblaciones. Para esto son indispensables los esfuerzos por sustituir los curriculums basados en contenidos por aquellos que promuevan competencias para asegurarle a la persona desempeños, prácticas, actitudes, deberes y habilidades que sean aplicables en la vida real.

No enfrentar estas nuevas exigencias que nos plantea el mundo es discriminatorio e inequitativo. Instamos a la cooperación internacional para que se siga apoyando una gestión orientada hacia la consecución de resultados y que la armonización de las acciones emprendidas se revierta en la eficacia de las acciones, de tal forma que la asistencia para el desarrollo se preste de conformidad con las prioridades de los países, y las actividades se armonicen y complementen con las políticas nacionales.

Muchas gracias.

El PRESIDENTE: Thank you very much, Representative of Colombia. Now the Chair recognizes the Ambassador of Uruguay.

La REPRESENTANTE PERMANENTE DEL URUGUAY: Muchas gracias, señor Presidente.

Antes que nada deseo agradecer la oportunidad que esta sesión conjunta del Consejo Permanente y la CEPACIDI nos brinda para reflexionar sobre los vínculos entre pobreza, estado sanitario y alfabetización, y los esfuerzos que se encuentran realizando nuestros gobiernos y los organismos regionales para mejorar las condiciones de vida de las poblaciones del Hemisferio.

Aprovecho la oportunidad para felicitar al señor Director Adjunto de la OPS, José Romero Teruel, por su ilustrativa exposición sobre el tema salud y su visión tan comprensiva vinculada a la educación, desarrollo económico y social, medio ambiente, género, niñez, etcétera.

Tal como lo señaló el señor Secretario General, mi Delegación comparte su inquietud por la necesidad de que existan más y mejores políticas públicas, en este mismo sentido presentaré una muy breve síntesis de los principales programas y acciones vinculadas con el combate a la pobreza y la cobertura de las necesidades básicas de la población más vulnerable de nuestro país.

A poco de asumir el actual Gobierno del Uruguay y a través del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) se implementó el Plan de Asistencia Nacional a la Emergencia Social, el PANES, que con los datos aportados por diversos organismos e instituciones del sector público, diseñaron las características del objetivo sobre el que se procurarían ejercer acciones contundentes para iniciar una política social en el país.

El abordaje del tejido social a restituir y reparar que quedó al descubierto, a través de los estudios socioeconómicos referidos, implicó para el PANES incorporar en sus dos años de vigencia a 77 mil hogares de todo el país, lo que significó la atención de 320 mil personas en situación de pobreza extrema. Ese plan de emergencia que ya ha culminado y que dio paso, desde el 1 de enero de este año, al denominado Plan de Equidad, atendió diferentes necesidades básicas del grupo social, cuyo volumen se mencionó y en esa oportunidad nos referiremos a aquellos aspectos vinculados particularmente con la alfabetización y la salud.

Uruguay cuenta con un índice de alfabetización absoluta elevado, como lo refleja la encuesta nacional de hogares ampliada, realizada en el 2006. Solo un 2.3% de la población se encuentra en la categoría de analfabeta absoluta. El Plan de Emergencia impulsado a través del MIDES no se centró solamente en mitigar este pequeño porcentaje de analfabetismo absoluto sino en atender a la alfabetización funcional, ya que de la población objetivo del plan quedó al descubierto que el nivel educativo de los adultos incluidos en el proyecto no superaba el nivel primario.

De un universo de 90.226 personas, solo 54.475 aprobaron el sexto grado de primaria, mientras que el resto no ha llegado al quinto año, habiéndose estacionado mayormente en el tercer año escolar.

Uruguay viene desarrollando entonces un plan de alfabetización para adultos, conocido como “Yo Sí Puedo”, y tiene en el MIDES y en la Administración Nacional de Educación Primaria a sus

organismos ejecutores. Tiene, en este momento, un carácter piloto y se está implementando en distintos departamentos del país. El objetivo es que las personas puedan terminar los seis años de la enseñanza primaria; tras ello, esta población podrá insertarse en líneas de aprendizaje específicas.

El Gobierno del Uruguay entiende que tan importante como la alfabetización funcional, que trasciende el dominio de la lectura y la escritura para internarse en las funciones de comprensión y expresión, en la alfabetización digital o la alfabetización para la sociedad de la información que estamos viviendo.

Y es por ello que ha lanzado el Plan de Conectividad Educativa de Informática Básica para el Aprendizaje en Línea, CEIBAL. El Plan CEIBAL se encuentra en estos momentos en la etapa de dotación de una computadora a cada escolar. Se viene realizando en paralelo a la etapa de distribución de estos insumos, los programas de enseñanza y aprendizaje correspondientes.

El PANES conllevó un Plan de Emergencia Sanitaria, PES, y junto a él y desde la Presidencia de la República, se creó una comisión honoraria asesora en materia de salud bucal, presidida por la señora Delgado de Vázquez, esposa del Presidente de Uruguay. El plan tiene como objetivo garantizar la cobertura de atención a la salud a sus beneficiarios y establece como prioridad a las personas y hogares con mayor vulnerabilidad social y dificultades de accesibilidad económica, geográfica y cultural.

Promoción y difusión de controles ginecológicos, campañas de vacunación, fundamentalmente contra la hepatitis A, puesta en práctica de la operación Milagro, donde en el 2007 se operaron, tras un convenio con el Gobierno de Cuba de patología oculares reversibles quirúrgicamente, más de 600 pacientes, constituyen algunas acciones llevadas a cabo dentro del PES. Pero indudablemente la reforma del sistema de la salud en el Uruguay que entró en vigencia el pasado 1 de enero es lo que impactará mayormente a esta población de riesgo a las que nos veníamos refiriendo.

El sistema nacional integrado de salud significa que, en términos generales, toda la población uruguaya tiene ahora cobertura asistencial de manera universal. Ello asegura que de aquí en más nadie quedará sin asistencia y que dicha cobertura será real para toda la población, sin excepciones.

Muchas gracias.

La PRESIDENTA DE LA COMISIÓN EJECUTIVA PERMANENTE DEL CONSEJO INTERAMERICANO PARA EL DESARROLLO INTEGRAL: Gracias, señora Embajadora del Uruguay. Tiene la palabra el señor Embajador de Chile.

El REPRESENTANTE PERMANENTE DE CHILE: Muchas gracias, señora Presidenta.

Deseamos valorar esta convocatoria a una reunión conjunta y especialmente, señora Presidenta, la visión que usted tiene para abocarnos al análisis de estos temas; creo que es clave.

Desearíamos compartir algunas reflexiones muy puntuales, intentaré ser breve. Cuatro puntos:

Primero, aquí lo dijo el Secretario General, es claro que el desarrollo no es solo ingreso sino también acceso. El concepto de equidad, el concepto de inclusión, reitero, equidad e inclusión son variables que conviene retener para una democracia de calidad. Son conocidos –y por eso no los citaré– los referentes globales y regionales que muestran la relación entre pobreza y estado sanitario de las comunidades en la región.

Un segundo punto que me parece extraordinariamente importante, y debe ser porque he trabajado por largos años en los temas sociales y de salud en Ginebra, es lo que ha señalado el doctor Teruel, y es la idea de plantear dos conceptos centrales, que es para el trabajo multilateral y de políticas sociales.

Primero es el concepto de la integralidad y la metodología intersectorial. Eso es básico para trabajar el tema social en el ámbito multilateral. Esa es la evolución que ha tenido el sistema y ese es el aporte que puede hacer el sistema multilateral a los países. Es indispensable para tener, como él lo planteaba, un enfoque moderno de salud, como lo ha planteado la OMS. Ese era el segundo punto.

El tercer aspecto que nos parece importante y este considero que es un tema de fondo que sugiere la reflexión de hoy, es la elaboración de políticas públicas sectoriales integradas, basadas en el enfoque de derechos sociales explícitos que aborden las determinantes sociales que usted, doctor Teruel, ha trabajado y que el ex Presidente Lagos ha trabajado mucho en la OMS. El enfoque de determinantes sociales es clave, y de esta manera contribuir al desarrollo de sistemas eficaces de protección social que disminuyan la inequidad y que mejoren los resultados y la productividad de un país en educación y salud.

Hoy se torna imperativo, entonces, el desarrollo de sistemas de protección con cobertura universal, base para la inclusión, basado en la atención primaria con un aporte insustituible, digo, al desarrollo social y como un medio para luchar contra la exclusión y las brechas de inequidad. Ese es un tercer aspecto que me parece importante y quiero reiterar el tema de atención primaria que tanta atención le está dando la doctora Chan.

Los temas de salud y educación son el centro de una agenda social y creo que es motivo fundamental del trabajo de las políticas públicas y de la cooperación y asistencia que pueden hacer el sistema multilateral a los países.

Un cuarto y último aspecto que quisiera yo rescatar está vinculado a la acción de las agencias. La información contenida en el informe anual de la Directora de la OPS, voy a referir nada más que este documento, “Cerrar las Brechas de Salud en la Población Menos Protegida”, contribuye al logro de un mayor conocimiento sobre las inequidades y desigualdades en materia de salud y a una mejor focalización de políticas y programas dirigidos a enfrentarlas.

Aquí hay un tema clave que es el acceso a medicamentos que, como señalaba el doctor Teruel, requiere de una política pública global. Es un tema de paz y seguridad, así lo ha reconocido el propio Consejo de Seguridad de Naciones Unidas.

Nos encontramos entonces en presencia de un desafío que debemos implementar, consolidando una red articulada de acuerdos que den sustentabilidad a los consensos básicos del Hemisferio, y ahí la importancia de la agenda sanitaria hemisférica en los temas de educación y salud

que demuestra lo que significa este tema en el desarrollo integral, y por eso es que valoramos lo que la Embajadora de El Salvador, como Presidenta de la CEPCIDI, invita en este tipo de reflexión.

Por último, nos parece que la contribución política, porque este es un órgano político de la OEA, para acelerar la inclusión de la dimensión de la salud en la agenda regional es fundamental. La agenda sanitaria hemisférica, el programa Rostros, Voces y Lugares, es una manera de enfrentar estos desafíos sociales y políticos en que la OEA puede contribuir con un respaldo sostenido. Es difícil entonces pensar en una democracia de calidad sin abordar el tema que hoy nos convoca.

Muchas gracias por esta reflexión.

La PRESIDENTA DE LA COMISIÓN EJECUTIVA PERMANENTE DEL CONSEJO INTERAMERICANO PARA EL DESARROLLO INTEGRAL: Muchísimas gracias a usted, Embajador, por sus reflexiones. Tiene la palabra el señor Embajador de Grenada.

EL REPRESENTANTE PERMANENTE DE GRENADA: Thank you, Madam Chair of the Chair of the Permanent Executive Committee of the Inter-American Council for Integral Development (CEPCIDI) and Mr. Chairman of the Permanent Council.

Ambassador Quiñónez, Dr. Teruel, colleague ambassadors, alternate representatives: I wonder what the Assistant Secretary General could have done to make this occasion one that had more lights and cameras! If this was a discussion of a border dispute between countries, this hall would be packed with the media; but we are discussing poverty and literacy. It is as if we hide from open discussion.

I wonder what the permanent observers are thinking. Who shows up for these debates? The loyal alternate representatives and a few of our permanent representatives with the charge to be here.

What are we doing this morning? We are fulfilling a mandate from the General Assembly. There are major shortcomings and precarious conditions in health care provisions in the Americas, particularly as regards chronic emerging and reemerging diseases which, in some areas, seriously affect the ability of people to participate in the development process.

It seems that much of what we have heard is already on record. Dr. Teruel's most appreciated historic perspective and his bringing us up to date on the status of things is very useful, but the time has come *por más hechos y menos palabras*. I hope my Spanish conveyed the idea.

My delegation affirms that while the progress we have made cannot be dismissed, we have made progress doing things the same old way, with a few nuances here and there.

Our hemisphere cannot relent in the struggle to eradicate impoverishment. Poverty is too rampant in too many areas of our society.

The audience has changed hats, and we are now here in a joint meeting of the CEPCIDI and the Permanent Council, but I want to address those of you who participate in the Joint Working Group of the Permanent Council and CEPCIDI on the Draft Social Charter of the Americas.

The Social Charter is a signal for new approaches. The purpose is to focus on five areas, so far, that have been outlined:

- social justice, development with equity and democracy;
- inclusive and equitable economic development;
- social development, equal opportunity, and nondiscrimination;
- cultural development, diversity and pluralism; and
- solidarity and collective effort of the Americas.

We have been talking about creating a plan of action for the Social Charter. Do we need a plan of action? Do we need it now to ensure that we do not receive from the General Assembly a renewal of the mandate to talk about eradicating literacy and fighting disease in our hemisphere? Is it a conversation we are having, or are we identifying the fact that a strategy is needed? If it is not just a conversation we are having, I again invite member states to demonstrate a very keen interest the development of the Social Charter, which comes with a plan of action aimed at eradicating, lessening, or lowering poverty, because there are many scenarios with regard to what we do with poverty.

Madam Chair, Mr. Chairman, I call for us to take on the collective responsibility of drafting the Social Charter, which is relevant to this General Assembly mandate, so that we can have a plan of action to present as we move from conversation to action.

I thank you.

La PRESIDENTA DE LA COMISIÓN EJECUTIVA PERMANENTE DEL CONSEJO INTERAMERICANO PARA EL DESARROLLO INTEGRAL: Gracias a usted, señor Embajador, gracias por esa invitación y estoy segura que esa invitación a trabajar está cayendo en terreno fértil. Tiene la palabra el señor Representante de El Salvador.

El REPRESENTANTE ALTERNO DE EL SALVADOR: Muchas gracias, señora Presidenta de la CEPCIDI, señor Presidente del Consejo Permanente.

Por medio de ustedes mi Delegación desea agradecer al doctor José Romero Teruel, Director Adjunto de la OPS, por la presentación que nos ha brindado esta mañana. Ciertamente el doctor Teruel nos ha dado una visión muy clara y detallada sobre lo que son y lo que han sido los orígenes de la OPS, y nos ha ilustrado sobre esta travesía de gestión y aporte que han estado dando desde el año 1902 hasta la fecha, en todo lo que es la materia de salud, educación y desarrollo.

Las cifras que nos ha dado el doctor Teruel, algunas conocidas, otras muy reveladoras, no dejan de poner un tono de alerta sobre lo que es el trabajo que nosotros hacemos acá en esta Organización de los Estados Americanos y, ciertamente, tal como lo mencionaba el doctor Teruel, demandan el poder contar con un horizonte estratégico que nos permita romper con esas fronteras



sectoriales para poder abordar problemas comunes que devienen de los altos niveles de pobreza y deficiencia sanitaria en nuestro hemisferio.

De todos nosotros es conocido cómo actualmente estamos en un proceso de reflexión para saber cómo podemos fortalecer esos mecanismos de diálogo y de cooperación en el marco del desarrollo integral dentro de la Organización de los Estados Americanos y, ciertamente, la temática que el doctor Teruel nos ha traído esta mañana es algo a lo cual no podemos darle la espalda; muy por el contrario debemos enfrentarlo con firmeza, con coordinación y, sobre todo, como se ha mencionado en esta sala, con mucha voluntad política.

Dentro de ello deseo compartir con la sala que el Gobierno de El Salvador ha mantenido dentro de sus objetivos prioritarios el combate a la extrema pobreza para lo cual actualmente se está ejecutando una serie de programas sustantivos de carácter social, siendo uno de los más importantes el denominado red solidaria.

Mediante este programa se está apoyando directamente a los núcleos familiares en condiciones de extrema pobreza severa, principalmente del área rural a través de la entrega de bonos de salud y educación, además de dotarlos de infraestructura y servicios básicos, así como de oportunidades para incorporarse a las actividades productivas, incluyendo el otorgamiento de microcréditos.

Dentro de esto, muy sabiamente, se ha sabido incorporar al sector privado; igualmente hay un programa denominado Libras de Amor, a través del cual con aportes voluntarios de la población se está dando atención médica sanitaria a lo que son los grupos más vulnerables.

También se ha puesto en marcha el Fondo Especial para la Salud, denominado FOSALUD por medio del cual se ha incrementado la atención de las necesidades básicas de salud de la población más vulnerable, esperando beneficiar a más de cuatro millones de habitantes mediante programas integrales que incluirán la prevención y el fomento de campañas educativas en salud.

Señora Presidenta, el Gobierno de El Salvador ha adoptado como una política de trabajo el convencimiento de que lo social no es complemento de nada, sino que lo social es la base de todo. Creo que esa debe ser una premisa sobre la cual debemos de asumir este tipo de temáticas dentro de la Organización y materializarla en acciones concretas que puedan llegar a cada una de las poblaciones más vulnerables en nuestros países.

Muchas gracias.

La PRESIDENTA DE LA COMISIÓN EJECUTIVA PERMANENTE DEL CONSEJO INTERAMERICANO PARA EL DESARROLLO INTEGRAL: Gracias a usted, señor Representante. Tiene la palabra la señora Delegada de San Vicente y las Granadinas.

La REPRESENTANTE INTERINA DE SAN VICENTE Y LAS GRANADINAS: Thank you very much, Madam Chair, and I thank the Chair of the Permanent Council for convening this very important meeting.

Through you, Madam Chair, I would like to thank Dr. José Romero Teruel of the Pan American Health Organization (PAHO) for his very comprehensive presentation to us today.

I have listened to the various interventions by delegations, and I noted with interest the quality of the debate that this topic has generated. This, no doubt, signals that we do have our work cut out for us in this field.

Madam Chair, we recognize that at the heart of illiteracy and fighting diseases is poverty, which has its knock-on effects on other aspects of life, such as education, health, and life expectancy. The list is endless.

It is very important that the Government of Saint Vincent and the Grenadines protect its most vital resource, its human resources, by equipping citizens with the necessary tools to live productive lives, so I would like to report to the membership of the Organization of American States on initiatives undertaken by my government.

Our government remains committed to achieving the Millennium Development Goals (MDGs); above all, placing emphasis on those goals that pertain to improving education and eradicating poverty. At the national level, Saint Vincent and the Grenadines has instituted an "Education Revolution" that guarantees universal access to secondary education, including multipurpose centers. This is a means of ensuring that our youth receive the necessary tools for gainful employment and a chance to get away from poverty.

A complement to this "Education Revolution" is the "Wellness Revolution," central to which are government policies aimed at promoting healthy lifestyles, as well as increased taxes on tobacco and alcohol and limitation of smoking in public places.

At the regional level, Saint Vincent and the Grenadines has participated in the landmark Caribbean Community (CARICOM) Summit on Chronic Non-Communicable Diseases, which was held in September 2007. We reaffirmed our commitment to adopting and implementing rigorous policies to control and treat chronic noncommunicable diseases.

We also face the very grave challenge of curbing the spread of HIV/AIDS. Of course, there are education awareness programs on the subject, but there is also the need for drugs to treat those who suffer from this disease. I was very heartened when I heard the Ambassador of Chile mention that one of the most important things we have to consider is access, and here I speak of access to drugs for HIV/AIDS and other chronic noncommunicable diseases, which is vital for achieving success. To this end, it is important that we recognize that all parties to international and multilateral trade negotiations, including the World Trade Organization (WTO) Trade-related Aspects of Intellectual Property Rights (TRIPS), must play their part in ensuring that the poorest in the international community have that vital access to drugs in order to achieve the MDGs for our community.

Thank you, Madam Chair.

La PRESIDENTA DE LA COMISIÓN EJECUTIVA PERMANENTE DEL CONSEJO INTERAMERICANO PARA EL DESARROLLO INTEGRAL: Muchas a usted, senora Representante. Tiene la palabra la señora Representante de Trinidad y Tobago.

La REPRESENTANTE ALTERNA DE TRINIDAD Y TOBAGO: Thank you, Madam Chair.

The Delegation of Trinidad and Tobago, like other delegations that have spoken, wishes to express appreciation to you and all the speakers this morning, but particularly to Dr. Romero Teruel for his thought-provoking and inspiring presentation. In fact, Dr. Teruel's presentation, as well as the opening remarks, reminded us that in spite of the economic advances made in Latin America and the Caribbean in recent times to reduce poverty and increase access to better facilities for our citizens, there are still too many living in extreme poverty. Therefore, complacency can never be an option.

Regrettably, the effects of poverty tend to cluster, and as we have seen this morning and in other fora, the poor will continue to face challenges as they try to access educational opportunities, essential health care, supplies of potable water, sanitation services, and affordable nutrition, among other services.

Trinidad and Tobago's development blueprint, known as Vision 2020, outlines the strategy for achieving the United Nations Millennium Development Goals (MDGs) and has a strategy for each of the aforementioned areas, as well as other national priorities. Education, however, remains pivotal to improving one's socioeconomic condition and contributing to the overall development of our democratic nation.

In this regard, we recall the Declaration of Scarborough and Commitments to Action of the Fourth Meeting of Ministers of Education, held in Trinidad and Tobago in 2005, where ministers agreed that "education offers us the single best opportunity for improving the lives of the millions of people who find themselves in poverty, and therefore we prioritize equity with quality."

Trinidad and Tobago recognizes that literacy and numeracy skills are essential elements of that educational foundation and are, in fact, interwoven into the goal of a seamless education system. In this regard, we agree with the distinguished Ambassador of Uruguay that among levels of literacy to be attained, those associated with information and communication technology place our citizens on a better footing to achieve improvement in their lives.

The area of health, which has been the focus this morning, remains a prominent feature for the Government of Trinidad and Tobago. As my colleague from Saint Vincent and the Grenadines mentioned, chronic noncommunicable diseases (NCDs) are very much on the radar screen in Trinidad and Tobago. My country was quite pleased to host the Caribbean Community (CARICOM) Summit on Chronic Non-Communicable Diseases last year. In fact, one year earlier, the Caribbean Commission on Health and Development (CCHD), under the distinguished chairmanship of Sir George Alleyne, reported that five times as many people die from noncommunicable diseases as from all other illnesses combined. The economic and social consequences are sobering for small, vulnerable economies and underscore, yet again, the need for appropriate public policies and strategies and the allocation of resources.

Trinidad and Tobago and the Caribbean are not at all isolated cases. Yesterday's *Washington Post* included a supplement on a healthier America fighting chronic disease. It reported that by the middle of the century, the annual bill in the United States for seven of the most chronic diseases—cancer, diabetes, hypertension, stroke, heart disease, pulmonary conditions, and mental disorders—could reach as much as six trillion dollars. My delegation's understanding is that the impact worldwide of NCDs by 2030 is staggering.

Trinidad and Tobago wishes to highlight that the details are striking in terms of the measures that can be implemented to address this issue. Among other courses of action, Trinidad and Tobago has implemented measures to deter the use of tobacco and the consumption of alcohol, has made significant adjustments to the meals provided to students through its School Feeding Programs, and has placed greater emphasis on physical education in the curricula in schools. It is up to many of our member states to continue working together to attain these very important goals.

Madam Chair, my delegation reaffirms that the nexus between education and health, as well as the environment, is indisputable. Education, health, and the environment represent critical elements underpinning the human prosperity of our countries. As this distinguished body would have seen from the preliminary concept paper for the Fifth Summit of the Americas, human prosperity is one of the key pillars of the theme for the next Summit, "Securing Our Citizens' Future by Promoting Human Prosperity, Energy Security, and Environmental Sustainability."

In closing, Madam Chair, Trinidad and Tobago wishes to commend the Pan American Health Organization (PAHO) for the support that it has given and continues to give, as well as efforts by PAHO, the Organization of American States, and others to deepen intersectoral collaboration in all areas and to continue promoting public-private partnerships. The benefits redound to us all.

Thank you.

La PRESIDENTA DE LA COMISIÓN EJECUTIVA PERMANENTE DEL CONSEJO INTERAMERICANO PARA EL DESARROLLO INTEGRAL: Muchas gracias a usted, señora Representante. Tiene la palabra la señora Representante de las Bahamas.

La REPRESENTANTE ALTERNA DE LAS BAHAMAS: Thank you, Madam Chair.

I take this opportunity to express sincere gratitude, not just on behalf of The Bahamas but also on behalf of the Caribbean Community (CARICOM) member states, to both you and the Chair of the Permanent Council for convening this important meeting.

I also wish to thank Dr. Teruel, the Assistant Director of the Pan American Health Organization (PAHO), for the very informative presentation that we heard this morning.

The focus of our discussions here today is extremely important. Poverty is a social ill that plagues all of us in the region. The impact of poverty impedes not only economic growth but also the social development of our hemisphere.

I would like to refer to the CARICOM Summit on Chronic Non-Communicable Diseases, which my two previous colleagues mentioned. The Summit was supported by PAHO, the

Government of Canada, the Public Health Agency of Canada, and the Commonwealth Secretariat, which again underscores the vital importance of partnerships.

At that meeting, Madam Chair, CARICOM heads of government reaffirmed their commitment to the Nassau Declaration, adopted in 2001, which proclaimed that the health of the region is the wealth of the region. The heads acknowledged that the health challenges in the region were daunting and that the costly implications, morbidity, and mortality produced by the epidemic of noncommunicable diseases could only be reduced by a comprehensive regional approach. The CARICOM heads reiterated the need for collective regional cooperation and creative imagination in adjusting the lifestyles of our people and providing health infrastructure to speed up the management and control of NCDs.

In Dr. Teruel's presentation, there was a reference to smoking and poverty. The heads also noted that smoking was the major cause of death and a big cause of poverty. They also received convincing evidence on the effectiveness of measures to both reduce smoking and prevent the young from starting, the chief of these being increasing taxes on tobacco. It was recognized that the Caribbean could save thousands of lives by vigorous antitobacco measures, such as tax increases, banning smoking in public places, and strong warnings on packages of cigarettes.

The heads received a number of recommendations that should be implemented to manage and prevent NCDs, including primary strategies, such as government policies to effect behavior change and social policies to provide an enabling environment; and secondary strategies, such as the provision of screening programs and health services with resources to apply the established cost-effective interventions.

Coming out of that meeting, too, was a declaration to name the second Saturday in September Caribbean Wellness Day.

Heads also took cognizance of the scope for using trade policy measures and economic incentives to promote good nutritional practices in CARICOM, and they agreed that regional governments should utilize flexibilities in external trade agreements to promote policies that encourage the use of healthy foods.

Madam Chair, we in CARICOM are convinced that addressing the health challenges of the region can be overwhelming. However, heads remain resolute in their commitment to improving the health of the region.

We are appreciative of the efforts of PAHO, which is to provide training and capacity-building for countries and regional health institutions to monitor the NCDs epidemic and risk factors, and to assist with the preparation of a revised Caribbean regional plan for NCDs prevention.

We look forward to a collective approach to improving the health of our region as we affirm that healthy people is an integral component for a healthy hemisphere.

Thank you, Madam Chair.

La PRESIDENTA: Muchas gracias a usted, señora Representante. Tiene la palabra el señor Representante del Brasil.

El REPRESENTANTE ALTERNO DEL BRASIL: Inicialmente, quería agradecer a Secretaria e o Doutor Teruel pela apresentação e pela organização dessa reunião de hoje. Vou fazer uns breves comentários sobre as políticas de erradicação do analfabetismo no Brasil e a luta contra as doenças.

O Governo brasileiro combate o analfabetismo respeitando os princípios da autonomia, da colaboração, da participação, da igualdade de oportunidades e da inclusão social. A formulação de políticas públicas educacionais é feita em parceria com órgãos governamentais, com organizações não-governamentais e com organismos internacionais.

Temos buscado garantir que o crescimento econômico dos últimos anos se reflita também na saúde, na educação e mais especificamente na erradicação do analfabetismo. Temos projetos integrados entre os ministérios da educação, da saúde, do esporte e da cultura e esses projetos têm revelado iniciativas capazes de potencializar as ações governamentais na área.

Um projeto que quero inicialmente mencionar aqui é um projeto que se chama Saúde e Prevenção nas Escolas, que é uma parceria entre o Ministério da Educação, o Ministério da Saúde, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO). Esse programa articula governo e organizações da sociedade civil para a promoção de ações integradas entre a saúde e a educação.

Nesse sentido, quero também comentar sobre outros projetos que estão sendo desenvolvidos pelo Governo brasileiro, principalmente na área da alfabetização. O analfabetismo no Brasil ainda atinge hoje 16 milhões de pessoas acima de 15 anos.

Uma estratégia que temos para combater essa dura realidade é o Programa Brasil Alfabetizado. Esse programa foi lançado no segundo semestre de 2003 e colocou como prioridade a alfabetização de jovens e adultos. Ao tomar essa iniciativa o Governo Federal chamou para si a responsabilidade política e constitucional de coordenar um esforço nacional de alfabetização que pretende universalizar o atendimento a jovens e adultos não alfabetizados. Como exemplo, em 2005 foram implementados 640 projetos que receberam US\$100 milhões para formar mais de dois milhões de alfabetizandos.

O Programa Brasil Alfabetizado é uma meta de entrada para a cidadania promovendo o acesso à educação como o direito de todos em qualquer momento da vida.

Um outro programa muito importante é o que nós chamamos de Programa Fazendo Escola. Ele busca combater o analfabetismo nos bolsões de pobreza maiores que temos no nosso país e visa a atender a jovens que não terminaram o ensino fundamental. São parcerias entre o Ministério da Educação e os governos estaduais, prefeituras de municípios e a sociedade civil que buscam levar os jovens de volta para as salas de aula para que possam concluir o ciclo básico. Em 2006, o Programa Fazendo Escola atendeu 3.300.000 alunos do ensino fundamental para jovens e para adultos.

Um outro programa que existe, e foi lançado em 2007, é o Plano de Desenvolvimento da Educação e consiste em um conjunto de ações estruturadas a partir de uma concepção que engloba quatro áreas de atuação: alfabetização de jovens e adultos, educação básica, educação profissional e educação superior. Vou centrar na questão da educação básica, que é por onde nós temos que começar a resolver nossos problemas.

O principal objetivo desse plano na área da educação básica é melhorar os índices de desempenho escolar. A partir do plano, os sistemas municipais, estaduais e federal terão metas de melhoria visando a atingir nos próximos 15 anos a nota seis no Índice de Desenvolvimento da Educação Básica. Hoje, a educação básica brasileira tem média aproximada de nota quatro, em uma escala que vai de zero a dez e leva em conta o rendimento dos alunos, a taxa de repetência e a evasão escolar. Estamos procurando atingir que os alunos tenham nota seis e isso só deve ser alcançado daqui a aproximadamente 10 anos ou mais. E nisso estamos seguindo a experiência dos resultados obtidos pelos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE).

Queria ainda fazer um comentário rápido sobre o Programa Nacional de Educação na Reforma Agrária. Essa iniciativa permitiu em 2006 a permanência e acesso à educação de 57.000 jovens e adultos que vivem em áreas de reforma agrária e precisam dessa instrução, dessa educação, desse treinamento para poderem melhorar na vida.

Com referência ao dispositivo 9 da resolução AG/RES. 2308 (XXXVII-O/07), que trata do vínculo entre pobreza e estado sanitário das comunidades hemisféricas, o Governo brasileiro tem vários programas com a missão de trazer a saúde para perto do cidadão e dar aos profissionais a especialização necessária, a fim de que ele possa exercer o seu trabalho com mais qualidade.

É importante também focarmos no profissional da saúde. Se pensarmos globalmente, temos que pensar no treinamento dos profissionais da saúde. Nós temos um projeto no Brasil que é o Projeto Educação Permanente de Saúde, que busca exatamente o aperfeiçoamento profissional e a educação permanente dos trabalhadores da saúde. Esse projeto inclui articulação entre o Ministério da Saúde e Ministério da Educação, implementação de currículos padronizados nos diversos estados, a criação de redes de apoio às famílias e também um programa de apoio à residência médica, com ênfase nos programas de residência médica voltada para a família e para a comunidade.

Muito obrigado.

La PRESIDENTE: Gracias, señor Representante. Tiene la palabra el señor Representante de Costa Rica.

El REPRESENTANTE ALTERNO DE COSTA RICA: Muchas gracias, señora Presidenta.

Señora Presidenta, la Delegación de Costa Rica quisiera saludarle y felicitarla a usted por su interés en estos temas tan importantes. Asimismo, quisiéramos agradecer y felicitar al doctor José Romero Teruel, Director Adjunto de la OPS, por esta excelente e ilustrativa exposición sobre los orígenes y el desarrollo histórico de esta importante organización y sus principales logros a través de estos cien años de existencia.

La OPS, ciertamente, juega un papel fundamental en el mejoramiento de la salud en las Américas y en la erradicación de las enfermedades y plagas que han afectado nuestro hemisferio. Costa Rica se siente muy honrada de haber formado parte de ese pequeño grupo de países que fundaron y promovieron la OPS, así como también –valga decir, ya que estamos hablando de cosas importantes–, Costa Rica fue también el primer país en ratificar la Carta de la OEA.

Nuestro país está comprometido con los objetivos y los propósitos de la Organización Panamericana de la Salud y la apoya en todo sentido; muestra de ello es nuestra política económica y social que privilegia los programas de educación y salud y de salud ambiental, de manera que se fortalezcan los sistemas de seguridad social universal; agua potable para todos; reducción de la mortalidad infantil a uno de los índices más bajos en nuestro hemisferio; la promoción de la expectativa de vida al nacer a sus más altos índices.

Nuestros gobernantes han sido, de alguna manera, visionarios y el tema de la educación y la salud, en ese sentido, ha logrado que en Costa Rica, con todas las limitaciones de un país pequeño en desarrollo, se superen índices importantes de desarrollo humano, donde el ser humano, el individuo, los costarricenses y las costarricenses han sido el centro y el objetivo principal de ese desarrollo integral que se ha fijado en nuestro país durante sus inicios como República independiente.

En cuanto al tema de la pobreza, es un problema que nos afecta a todos y que viene desde los tiempos bíblicos y, en gran parte, hoy día radica en la falta de solidaridad entre los seres humanos de nuestro planeta, de norte a sur, de este a oeste, y especialmente entre los países que más tienen y los que menos tienen, reflejado así en la limitación de los programas y las políticas públicas para enfrentar conjuntamente el flagelo de la pobreza a nivel universal.

Hay todavía mucho camino por recorrer, pero este tipo de foro en el que estamos involucrados hoy día es de la mayor importancia para hacer conciencia y para lograr esfuerzos conjuntos para diseñar políticas que promuevan el cambio económico social y cultural aquel que coadyuve a la superación de la pobreza en nuestro continente.

Y para finalizar, como decía mi querido amigo, el Embajador de Grenada, se necesita hoy más que nunca más hechos y menos palabras.

Muchísimas gracias.

LA PRESIDENTA DE LA COMISIÓN EJECUTIVA PERMANENTE DEL CONSEJO INTERAMERICANO PARA EL DESARROLLO INTEGRAL: Gracias a usted. Tiene la palabra el señor Representante de México.

EL REPRESENTANTE ALTERNO DE MÉXICO: Muchas gracias, señora Presidenta de CEPACI, muchas gracias señor Presidente del Consejo Permanente.

De igual manera, mi Delegación agradece mucho la presentación del doctor José Romero Teruel, Director Adjunto de la Organización Panamericana de la Salud. Agradezco mucho su compromiso y dedicación para cumplir con el mandato de la Asamblea General de convocar a esta reunión, habilitando así un foro para dialogar sobre los vínculos existentes entre la pobreza y el estado



sanitario de las comunidades en el Hemisferio, así como las posibles vías y esfuerzos existentes para el mejoramiento de dichas condiciones.

Cuando adoptamos esta resolución establecimos que para alcanzar el desarrollo integral, es necesario consolidar los objetivos básicos fundamentales sobre los cuales podemos construir ese desarrollo, educación de las poblaciones y el alivio a las enfermedades que afectan y atentan contra ese propósito.

Sin duda, la convocatoria de esta reunión representa uno más de los esfuerzos que, en el marco de esta Organización y del sistema interamericano en su conjunto, se realizan para atender de esa manera directa las necesidades y prioridades de nuestras sociedades.

El informe presentado por la OPS es más que ilustrativo y educativo; es provocador sobre todos los retos y oportunidades que se presentan en el Hemisferio para alcanzar la equidad en la salud y promover el desarrollo humano sustentable. Según esto, estimaciones contenidas en diversos estudios sobre la materia, hay en el mundo más de 1.500 millones de personas en extrema pobreza, para quienes las consecuencias van mucho más allá de los problemas monetarios y de distribución de los ingresos, y sus mayores adversidades son las oportunidades perdidas de desarrollar capacidades humanas esenciales.

El analfabetismo, la mala salud, la desnutrición, los riesgos medioambientales y la falta de opciones contribuyen a perpetuar el ciclo de pobreza y mala salud. La salud es un bien vital para todos; sin la salud las posibilidades de que una persona escape al círculo perverso de la pobreza se reducen drásticamente.

En ese contexto, permítanme compartir brevemente algunos aspectos relevantes sobre el enfoque de la política educativa y de salud que promueve mi Gobierno.

En México, actualmente la política educativa se orienta a lograr una contribución decisiva en la formación de las nuevas generaciones, y los valores esenciales para alcanzar una mejor y más armónica convivencia social y en la construcción de un país más moderno, más competitivo y justo. Así, dicha política implica el compromiso del Estado y la sociedad de impulsar la calidad educativa; reducir las desigualdades en la educación; promover el desarrollo y la adopción de nuevas tecnologías en el sistema educativo; favorecer el acceso y la permanencia en el sistema de enseñanza media y superior; y extender la cobertura, promover la equidad y pertinencia de la educación superior.

Para alcanzar dichas aspiraciones, el gozar de una buena salud constituye un elemento primordial para el desarrollo de las personas; por ello, los principales objetivos en esta materia son:

- Mejorar las condiciones de salud de la población;
- Brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y seguridad para el paciente;
- Reducir las desigualdades en los servicios de salud mediante intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables;

- Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud, mediante el aseguramiento médico universal; y
- Garantizar que la salud contribuya a la superación de la pobreza y el desarrollo humano en el país.

En este contexto, la articulación de las dos políticas es el eje del desarrollo humano sustentable al que apostamos y favorecemos en México. En este esfuerzo reconocemos la necesidad de abordar la problemática con un enfoque multidisciplinario y a todos los niveles del Gobierno y con la participación activa y comprometida de la sociedad civil.

Ejemplo de ello es el programa de oportunidades, un programa federal para el desarrollo humano de la población en pobreza extrema. Para lograrlo brinda apoyo en educación, salud, nutrición e ingreso a través de un programa interinstitucional en el que participan la Secretaría de Educación Pública, la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social, la Secretaría de Desarrollo Social y los gobiernos estatales y municipales.

La amplitud del programa contempla desde desayunos escolares, becas para estudios desde la primaria hasta la educación superior, cobertura a servicios de salud, entre otros.

Por ello, mi Delegación quisiera también reiterar que este espacio es una excelente oportunidad para fortalecer los campos de cooperación de la OEA con el resto de los actores del sistema interamericano. La presencia hoy del Director Adjunto de la OPS llama a fortalecer la alianza estratégica entre ambas organizaciones, y tal como lo establece el resolutive 8 de la resolución que da el mandato para celebrar esta reunión conjunta y para que la OEA y la OPS coordinen sus respectivos esfuerzos en el ámbito de sus competencias respecto a los problemas de salud en las Américas y su impacto social, específicamente en el desarrollo de capacidades.

Muchísimas gracias.

La PRESIDENTA DE LA COMISIÓN EJECUTIVA PERMANENTE DEL CONSEJO INTERAMERICANO PARA EL DESARROLLO INTEGRAL: Muchas gracias a usted, señor Representante. Tiene la palabra la señora Representante del Canadá.

La REPRESENTANTE ALTERNA DEL CANADÁ: Thank you, co-Chairs.

Given the sweeping, profound, historical, philosophical, and even artistic presentation by Dr. Teruel, I must say that my delegation's comments seem brief and rather basic. Taking inspiration from my Chilean colleague, I will limit myself to four rapid comments.

First, Canada views health as a critical factor in promoting integral development in the Hemisphere. I stress here Canada at both the federal and provincial government levels; my colleague from the Government of Quebec was with us in this room earlier. Health is a fundamental prerequisite, we believe, to social cohesion and citizenship; equitable economic growth and social development, including the reduction of poverty; and the attainment of peace and security—pretty

lofty aspects. In the absence of health, the full potential of individuals as active, productive, and responsible members of society cannot be realized.

The second point I wish to share is with respect to what Canada is doing in the Hemisphere. The most important aspect is our support for the Pan American Health Organization (PAHO). Every year, Canada provides in excess of twenty million dollars for a range of services in the Hemisphere through PAHO. We are particularly concerned about and have focused our assistance on pandemic influenza preparedness; HIV/AIDS and other sexually transmitted diseases; health human resources capacity; and addressing, of course, inequalities that affect vulnerable populations.

We welcome the presence of Dr. Teruel from PAHO at today's meeting, and we commend PAHO for its inter-American system solidarity, remarking that PAHO is one of the most responsive inter-American system organizations at various meetings. We bring to mind the disaster mitigation meeting in which PAHO played an important role, the annual report that Dr. Roses presented a few weeks ago, and a recent gender-related meeting where the best practices winner from Mexico had us laughing at some of the health communication gender strategies that they had successfully adopted. Laughter, when dealing with serious subjects, is always a good thing.

The third point I wish to make is that Canada's commitment to health in the Americas is not only multilateral through PAHO but also bilateral. The Canadian International Development Agency (CIDA) has provided substantive support by funding health initiatives in countries, not limited to but including Bolivia, Honduras, Guatemala, and Haiti, in a range of activities, from water and sanitation improvement, access to quality health care and services, treatment of poverty-related diseases, infant mortality reduction, and strengthening capacities of partner organizations to implement policies and programs in health. These tend to be the main subsectors of our intervention.

In fact, Canada's commitment to the Americas has six major objectives, two of which have been addressed in today's meeting: improving access to basic health care and preventing the spread of HIV/AIDS, and achieving universal primary education by the year 2015.

Two quick examples: In Haiti, CIDA is spending nearly one hundred million dollars over the next five years on immunization and reproductive health, and in Honduras last week, Canada's Minister of International Cooperation, Beverly Oda, announced \$18 million in health school projects to help Honduran youth. This funding was directed by the United Nations Children's Fund (UNICEF), the United Nations Population Fund (UNFPA), and the World Food Programme (WFP) and focuses on school feeding, HIV/AIDS prevention for youth, and water and sanitation systems.

The meetings were held with a number of Honduran ministers—Karen Zelaya, Minister of Cooperation; Marlon Breve, Minister of Education; Elza Palau, Minister of Health; and Jorge Méndez, General Manager of the National Water Systems. I name these specific ministries to make the point that much of this effort is cross-cutting, integral, and intersectoral, given the nature of the health issues that we are facing.

Fourth point: Dr. Teruel talked to us about the need for cooperation, not aid. Certainly, Canada has come to a similar conclusion in terms of ensuring sustainability, efficiency, and effectiveness. Strengthening health systems is absolutely the most important way to go, by means of a coordinated approach with local government and other donors.

We will continue this dialogue, both at the First Meeting of Ministers and High Authorities of Social Development in July, as well as in April when we look at the Millennium Development Goals (MDGs), three of the eight of which focus on health.

Thank you.

LA PRESIDENTA DE LA COMISIÓN EJECUTIVA PERMANENTE DEL CONSEJO INTERAMERICANO PARA EL DESARROLLO INTEGRAL: Muchas gracias, señora Representante. Tiene la palabra la señora Representante de Panamá.

La REPRESENTANTE ALTERNA DE PANAMÁ: Gracias, señora Presidenta.

Mi Delegación desea felicitar a la señora Presidenta, al Presidente del Consejo Permanente, al Secretario Ejecutivo, por la convocatoria de esta reunión y agradecer al doctor José Romero Teruel por la presentación de tan importante tema sobre los vínculos existentes entre la pobreza y el estado sanitario de las comunidades en el Hemisferio.

En el marco de la resolución sobre la erradicación del analfabetismo y lucha contra las enfermedades que afectan el desarrollo integral, desearíamos compartir algunas acciones de mi Gobierno para erradicar el analfabetismo.

En las últimas cuatro décadas el Estado panameño y los diferentes gobiernos han desarrollado esfuerzos por reducir el analfabetismo en la República de Panamá. No obstante, según los últimos tres censos de población y vivienda de los años 1980, 1990 y 2000, se puede observar claramente que no se ha podido combatir con eficacia este flagelo. El censo del año 2000 indicó que existen en Panamá 168.140 iletrados.

En nuestro país, como en muchos otros, es necesario la participación de todos los actores sociales y por ello el Gobierno nacional ha declarado la guerra contra el analfabetismo y ha decidido implementar una gran campaña de alfabetización a nivel nacional denominada Muévete por Panamá, pero que requiere del apoyo de toda la sociedad. Esta campaña busca erradicar el analfabetismo del país, especialmente en las zonas rurales, indígenas y urbanas marginales, donde ha llegado la red de oportunidades para mejorar la calidad de vida de las personas, facilitando su inclusión en el desarrollo social.

La campaña se ha iniciado en el año 2007 y concluirá en los primeros meses del año 2009 para dar paso a la Declaración de Panamá como país libre de analfabetismo en el año 2009 por los organismos internacionales.

Muchas gracias.

LA PRESIDENTA DE LA COMISIÓN EJECUTIVA PERMANENTE DEL CONSEJO INTERAMERICANO PARA EL DESARROLLO INTEGRAL: Muchas gracias a usted.

Muy bien, en primer lugar, anunciarles que esta tarde recibirán todas las delegaciones la presentación hecha por el doctor Teruel y, en segundo lugar, decirle al doctor Teruel muchísimas

gracias, felicitarlo por esa presentación tan estimulante que generó un debate de la calidad que hemos tenido esta mañana. Gracias a todos por sus interesantes consideraciones y comentarios.

La Secretaría, por supuesto, recogerá todos estos comentarios y observaciones para el informe que se hará de este encuentro y como Presidenta de la CEPCIDI creo estar muy segura de que, más allá del mandato que teníamos de hacer esta reunión, esta reunión ha dado claras señales para la Carta Social, para nuestro trabajo en desarrollo social, para nuestro trabajo como OEA en educación, en democracia, en género y, sobre todo, para políticas públicas.

Ya no me restaría más que cederle la palabra al señor Presidente del Consejo, agradecerle su tiempo por acompañarnos en esta sesión conjunta y a todos ustedes por tan estimulantes consideraciones.

Señor Presidente, le cedo la palabra.

El PRESIDENTE: Thank you very much, Madam Chair. Let me congratulate and thank you for your leadership in this very important matter.

We should take note of the discussions that were held today, but it would be remiss of me if I did not recognize the century-old leadership of the Pan American Health Organization (PAHO) in promoting a healthy world. Thank you, Dr. Teruel, for what I considered a very provocative, interesting, fact-filled presentation. You presented us with the link between what I call the “demons of poverty and inequality” and how they affect the quality of life of all of our people. It causes me to remind ambassadors of our need to make our capitals aware that a basic responsibility of development is job creation. We must do whatever we can to impress upon our capitals the need to ensure that jobs are created and that poverty is reduced. The more we get that message across, the healthier and more productive will be the world that we enjoy.

Thank you very much again, and if there are no other comments, this meeting is now adjourned. Adjourned.

ISBN 978-0-8270-5410-3