



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



SUBCOMITÉ DE PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

29.^a sesión, 1 y 2 de diciembre de 1997

SPP29/FR (Esp.)
2 diciembre 1997
Original: Español

CONTENIDO

	Página
<i>MESA DIRECTIVA</i>	3
<i>APERTURA DE LA SESIÓN</i>	3
<i>ADOPCIÓN DEL ORDEN DEL DÍA Y DEL PROGRAMA DE REUNIONES</i> <i>(Documentos SPP29/1 y SPP29/WP1)</i>	5
<i>PRESENTACIÓN Y DEBATE DE LOS TEMAS</i>	5
Prevenición y control del consumo de tabaco (documento SPP29/3)	5
Salud y turismo (documento SPP29/7)	8
Vigilancia y prevención de las enfermedades transmitidas por los alimentos (documento SPP29/5)	12
Comunicación y salud (documento SPP29/6)	16
Salud de las personas de edad (documento SPP29/4)	20
Hantavirus (documento SPP29/8)	24
Otros asuntos	26
<i>CLAUSURA DE LA SESIÓN</i>	27
<i>Anexo A: ORDEN DEL DÍA</i>	28
<i>Anexo B.: LISTA DE DOCUMENTOS</i>	29
<i>Anexo C.:LISTA DE PARTICIPANTES</i>	1

INFORME FINAL

La 29.^a sesión del Subcomité de Planificación y Programación del Comité Ejecutivo se celebró en la sede de la Organización Panamericana de la Salud, en Washington, D.C., los días 1 y 2 de diciembre de 1997.

La sesión contó con la asistencia de los delegados de los siguientes Miembros del Subcomité elegidos por el Comité Ejecutivo o designados por el Director: Argentina, Bahamas, Canadá, Colombia, Ecuador, Estados Unidos de América, Panamá y Perú. También estuvieron presentes observadores por Antigua y Barbuda, Brasil, Chile y Cuba.

MESA DIRECTIVA

El Subcomité eligió la siguiente mesa directiva:

<i>Presidente:</i>	Bahamas	Dr. Ronald Knowles
<i>Vicepresidente:</i>	Ecuador	Dr. Asdrúbal de la Torre
<i>Relator:</i>	Perú	Dr. Pablo Augusto Meloni

El Dr. George A. O. Alleyne (Director de la OPS) fue Secretario ex officio, y el Dr. Juan Manuel Sotelo (Jefe de la Oficina de Análisis y Planificación Estratégica) actuó como Secretario Técnico.

APERTURA DE LA SESIÓN

El Director inauguró la sesión y dio la bienvenida a los participantes, en especial a los nuevos Miembros del Subcomité y a los representantes de otros Estados Miembros, cuya presencia como observadores era prueba fehaciente del interés de dichos Estados por participar activamente en la vida y la labor de la Organización. Alentó a los participantes a considerar los documentos presentados al Subcomité como obras en curso, que se revisarían y se refinarían teniendo en cuenta los aportes de los delegados. También recalcó que, de acuerdo con las opiniones expresadas por los Miembros en sesiones anteriores tanto del Subcomité como del Comité Ejecutivo, la Secretaría consideraba que no todos los puntos del orden del día han de transmitirse automáticamente al Comité Ejecutivo o al Consejo Directivo. Si el Subcomité juzgaba que un punto se había tratado en grado suficiente, y no era necesaria una resolución o decisión del Comité o del Consejo, debía optar por no remitirlo.

ADOPCIÓN DEL ORDEN DEL DÍA Y DEL PROGRAMA DE REUNIONES (Documentos SPP29/1 y SPP29/WP1)

En conformidad con el Artículo 2 de su Reglamento Interno, el Subcomité adoptó el orden del día preparado por el Director y el programa de reuniones.

PRESENTACIÓN Y DEBATE DE LOS TEMAS

Prevención y control del consumo de tabaco (documento SPP29/3)

El Dr. Enrique Madrigal (Asesor Regional en Abuso de Sustancias) esbozó el plan de acción propuesto para fortalecer la cooperación técnica de la OPS a fin de reducir los problemas relacionados con el tabaquismo en la Región y apoyar a los países en la elaboración de planes y políticas nacionales para combatir el consumo de tabaco. Empezó por presentar estadísticas de la situación actual del consumo de tabaco en las Américas y el estado de las actividades de control en los países, y luego describió las premisas y principios en que estaba basado el plan propuesto. El plan estaba orientado a disminuir la prevalencia del consumo de tabaco, que es la principal causa evitable de mortalidad y morbilidad; reducir la tolerancia social del tabaquismo y promover mensajes que desalienten el consumo de tabaco; tratar la dependencia del tabaco; y proteger a los no fumadores, especialmente los niños, del humo de tabaco en el ambiente. Un elemento esencial del plan era prevenir el tabaquismo en los adolescentes y jóvenes.

Se consideró que los elementos esenciales de un plan integral serían: 1) la educación, especialmente la educación sanitaria en las escuelas y actividades encaminadas a reducir el tabaquismo entre los profesionales de la salud, los profesores y otros modelos sociales; 2) la legislación y reglamentación, sobre todo la prohibición de fumar en todos los establecimientos públicos, sanitarios y educativos, y la imposición de restricciones a la publicidad y venta de los productos de tabaco, especialmente entre los menores; 3) medidas fiscales, como los aumentos sistemáticos de los impuestos a los productos de tabaco; y 4) el seguimiento y la vigilancia, especialmente la evaluación de los programas y la vigilancia de los niveles y las tendencias del uso de tabaco. Para tener éxito, todo plan de lucha antitabáquica debe ser multisectorial, ya que los problemas y los temas asociados con el consumo de tabaco trascendían el sector de la salud; sin embargo, la OPS cree que las actividades de lucha antitabáquica deben basarse en los métodos de salud pública y deben empezar con los ministerios de salud, extendiéndose de allí a otros ministerios y otros sectores. Las iniciativas fructíferas de lucha antitabáquica también requerirían acción internacional concertada para combatir las tentativas de las empresas tabacaleras multinacionales de ampliar sus mercados, especialmente en los países en desarrollo.

En el documento se esbozaban 12 líneas de acción para la cooperación técnica de la Organización con los países en esta esfera. Se pidió al Subcomité que formulara sus comentarios sobre el contenido del documento y que evaluara el plan y las líneas de acción.

En el debate subsiguiente, los Delegados de Canadá y los Estados Unidos de América señalaron que el documento era muy elogioso en relación con sus países y quizá exageraba sus éxitos en la prevención y el control del consumo de tabaco. Ambos delegados observaron, por ejemplo, que a pesar de la inversión de considerables esfuerzos y recursos, sus países habían

experimentado ascensos alarmantes del tabaquismo entre los adolescentes, especialmente las niñas.

En general, al Subcomité le pareció que el plan de acción y los enfoques propuestos en el documento eran sólidos. En particular, se aplaudió el hincapié que hacía el plan en las medidas fiscales y legislativas. El aumento de los impuestos a los productos de tabaco y las restricciones en la publicidad del tabaco se consideraron entre los medios más eficaces para desalentar el tabaquismo. Varios delegados recalcaron la necesidad de una actuación multisectorial concertada para abordar los temas relacionados con el tabaco que estuvieran fuera de la competencia del sector de la salud y de iniciativas de promoción de la salud eficaces para contrarrestar la poderosa publicidad y las campañas promocionales de las empresas tabacaleras. Un delegado sugirió que era necesario tomar medidas no solo para prevenir el tabaquismo sino para proteger a quienes optaban por fumar, por ejemplo, reduciendo el contenido nicotínico de los cigarrillos. El Subcomité mencionó varias funciones clave para la OPS, en particular la elaboración de indicadores y estudios para mostrar la repercusión económica del consumo de tabaco.

Con respecto a las 12 líneas de acción para la OPS enumeradas en el documento, se recomendó priorizarlas y ejecutarlas gradualmente, en vez de aplicarlas todas a la vez, y vigilar continuamente los progresos logrados. Se propuso que inicialmente la Organización debía centrar su atención en la promulgación de leyes para restringir el acceso de los menores a los productos de tabaco, el aumento de capacidad entre los profesionales de la salud, el desarrollo de la promoción de la causa en el plano local para crear una demanda de entornos sin tabaco y políticas de prevención enérgicas, y la creación de vínculos intersectoriales para acometer los problemas que escapan al ámbito de competencia del sector de la salud.

Se sugirieron varias maneras de mejorar el documento. Varios delegados creían que debía destacar más la necesidad de colaboración internacional, dada la naturaleza internacional de los problemas en relación con la producción, la comercialización y el uso del tabaco. También se señaló que el documento no mencionaba la preparación de un convenio marco internacional para la lucha antitabáquica, como lo había solicitado la 49.^a Asamblea Mundial de la Salud. Varios delegados consideraron que el tema del tabaquismo debía abordarse dentro de un marco más amplio, como una causa, entre muchas otras, de la contaminación ambiental y los problemas de salud conexos. Finalmente, el Subcomité pidió que en las versiones futuras del documento se incluyeran cálculos del costo de ejecutar las acciones propuestas.

El Dr. Madrigal estuvo de acuerdo con la necesidad de incorporar en el documento más información sobre el convenio marco internacional; sin embargo, señaló que la elaboración del convenio se hallaba todavía en las primeras etapas y no se había logrado un consenso internacional sobre su contenido. No obstante, en la próxima versión del documento, la Secretaría se esforzaría en resumir los progresos logrados hasta entonces. También señaló que en todos los países de la Región se estaban viendo aumentos del tabaquismo en los adolescentes. La OPS estaba colaborando con varios de ellos para crear instrumentos que permitan evaluar la magnitud del problema y la eficacia de las medidas tomadas para combatirlo. El funcionario observó que países como Venezuela, que había adoptado leyes que prohíben la publicidad del tabaco en la televisión y la radio, habían logrado adelantos apreciables en la lucha contra el problema.

El Director observó que, si bien las organizaciones internacionales a veces se mostraban indecisas a la hora de abordar el tema de la lucha antitabáquica por temor de ofender a los Estados Miembros que eran productores importantes de tabaco, la OPS consideraba el consumo de tabaco principalmente como un problema de salud y, en su carácter de organización sanitaria, no podía evitar ocuparse del tema. Además, el consumo de tabaco era un problema internacional y, por consiguiente, solo podría tratarse eficazmente mediante el esfuerzo internacional colectivo con el apoyo de los organismos internacionales como la OPS. Por otra parte, los tratados e instrumentos internacionales, como el convenio marco internacional para la lucha antitabáquica, solo podrían elaborarse bajo el auspicio de organismos como la OMS y la OPS. Una de las esferas en que la OPS tenía capacidad demostrada de ayudar a los países era la preparación de leyes modelo sobre temas de salud y, en opinión del Director, la Organización debía asignar los recursos necesarios para ayudar y alentar a las comisiones de asuntos de salud del poder legislativo en los países a promulgar leyes sobre la lucha antitabáquica.

La Organización también podría ayudar a los países por medio de estudios de la repercusión económica del consumo de tabaco. El Director señaló que algunos economistas sostenían la opinión de que no debía hacerse nada para prevenir y controlar el tabaquismo porque la mortalidad prematura que causaba daba lugar, en último término, a menores costos de asistencia sanitaria; era esencial obtener datos para contrarrestar ese criterio y convencer a los líderes políticos de los enormes costos económicos y sociales del consumo de tabaco. Estuvo de acuerdo en que el tabaquismo formaba parte del tema más amplio de los ambientes sanos; sin embargo, la OPS creía que podría hacer un uso más eficaz de sus limitados recursos si por el momento se concentraba en este aspecto concreto del problema más amplio. En cuanto a la necesidad de forjar y fortalecer las coaliciones y alianzas multisectoriales para combatir el consumo de tabaco, el Director creía que para el sector de la salud era crucial obtener el apoyo y aprender de las técnicas de los expertos en mercadotecnia para transmitir mensajes contra el tabaquismo que fuesen tan poderosos y persuasivos como los creados por los anunciantes del tabaco. En cuanto a la falta de cifras presupuestarias en el documento, prometió que las versiones futuras incluirían información sobre lo que la Organización gastaba en realidad en el área de la lucha antitabáquica, así como cálculos del costo de aplicar las medidas propuestas en el documento y sugeridas por los delegados.

Salud y turismo (documento SPP29/7)

Este punto del orden del día fue presentado por la Dra. Mirta Roses (Subdirectora, OPS), quien recordó que el tema de la salud y el turismo había sido tratado por los Cuerpos Directivos en 1992, en cuyo momento se había establecido un programa para la acción durante el período 1992-1997. En el documento presentado al Subcomité se esbozaban las actividades emprendidas durante ese período. La Subdirectora observó que la OPS no había establecido un programa regional específico sobre salud y turismo, sino que había asignado la responsabilidad de esta área a un grupo interprogramático bajo la supervisión de la Oficina del Subdirector. Además, las líneas de acción y estrategias en relación con la salud y el turismo se habían incorporado en los diversos programas regionales y las divisiones técnicas y en la cooperación técnica de la Organización con cada país.

La Dra. Roses presentó una serie de estadísticas que ilustraban la importancia creciente del turismo en la Región y luego examinó la manera como las percepciones del turismo y su relación con la salud habían evolucionado desde el criterio de que los turistas debían aislarse de la población y el ambiente local mediante la creación de enclaves turísticos con saneamiento ambiental y situaciones sanitarias óptimas, a un criterio bastante negativo que se centraba en las repercusiones adversas del turismo con respecto al deterioro ambiental y la introducción de problemas sanitarios y sociales, hasta llegar a la concepción actual del turismo como un vehículo para promover el desarrollo económico y social mediante la generación de empleos y la redistribución de los ingresos. En esta última concepción, el contacto e intercambio entre la población anfitriona y los turistas se consideraba no solo inevitable sino aconsejable, y el turismo se veía como un medio potencial de mejorar las condiciones sanitarias y ambientales del país anfitrión, combatir la pobreza y reducir las brechas en la equidad.

La OPS creía que aún no se reconocía plenamente la importancia de la salud como un elemento clave para el desarrollo sostenible del turismo, aunque documentos de la Organización Mundial del Turismo (OMT) y otros organismos e instituciones internacionales indicaban un reconocimiento creciente de la vinculación mutua de los dos sectores. En consecuencia, la OPS estaba procurando alentar la incorporación de una perspectiva de salud en todas las políticas públicas sobre el turismo y estaba promoviendo el criterio de que la salud y la seguridad de la población eran bienes tan valiosos para la industria turística de un país como sus características naturales o su paisaje. Durante los cinco años anteriores, la Organización había emprendido una variedad de actividades en las siguientes áreas prioritarias para abordar las preocupaciones de salud relacionadas con el turismo y destacar los vínculos entre las dos esferas: enfermedades transmisibles y zoonosis; educación e investigación; agua, saneamiento y eliminación de desechos; y servicios de salud. En el futuro, se proponía actuar en las esferas de la formulación de políticas, planes y reglamentos; información pública y adiestramiento; movilización de recursos; e investigación. Se pidió al Subcomité que formulara comentarios sobre las esferas futuras de acción y orientaciones para la cooperación técnica propuestas en el documento.

El Subcomité consideró muy oportuno el abordaje del tema de la salud y el turismo, habida cuenta del crecimiento del turismo, su importancia económica para muchos países de la Región y los efectos recíprocos entre el turismo y la salud. También consideró apropiado el enfoque interprogramático de la Organización sobre este tema, que tiene muchas facetas. Se elogió el hincapié que se hace en el documento con relación al turismo sostenible. Varios delegados subrayaron que el turismo que se concentraba exclusivamente en atender los intereses de salud de los visitantes a expensas de la situación ambiental y sanitaria local no podía mantenerse a largo plazo. Sin embargo, también se señaló que las medidas propuestas para proteger la salud de la población en las zonas turísticas debían evaluarse cuidadosamente para evitar acciones extremas que resultaran perjudiciales para la industria turística, que era un componente principal de la economía de muchos países. Debía buscarse un equilibrio para que cualquier medida tomada fuese igualmente beneficiosa para ambos sectores.

Se sugirieron varias correcciones y mejoras al documento. Algunos delegados señalaron que en él no se trataban los riesgos para la salud asociados con los cruceros. Además, se consideraba que el documento debería incluir, entre las diversas categorías de viajeros, a quienes viajan para visitar a familiares que viven en otros países. También se recalcó la importancia de

reconocer las necesidades en materia de salud que son propias de las zonas fronterizas. Se sugirió que las próximas versiones del documento deberían ampliar más el aspecto de cómo podría aprovecharse de manera más eficaz la sinergia entre la salud y el turismo para beneficio de ambos sectores. Varios delegados solicitaron más información sobre cómo se había organizado el Grupo Interprogramático sobre Salud y Turismo y cómo se habían incorporado las líneas de acción en esta esfera en los diversos programas de cooperación técnica, así como en los planes de la Organización para llevar a cabo acciones conjuntas con la Organización Mundial del Turismo (OMT) y otros organismos. Finalmente, se señaló que la sección sobre las enfermedades transmisibles y las zoonosis no mencionaba el dengue ni el dengue hemorrágico, que representan una grave amenaza para el turismo.

El Subcomité consideró que una de las funciones más importantes de la OPS era la de apoyar a los países por medio del suministro de información y el fortalecimiento de los sistemas de vigilancia, especialmente con relación al Reglamento Sanitario Internacional. Varios delegados señalaron que la industria turística era particularmente vulnerable a rumores o a información errónea, que pudiera difundirse casi instantáneamente a todo el mundo por la Internet u otros medios, referente a brotes de enfermedades y otros riesgos para la salud. Por consiguiente, agregaron, era esencial contar con información oportuna y exacta. Se expresó apoyo a la propuesta de creación de un registro de brotes de enfermedades en poblaciones de turistas. Con relación a las otras medidas propuestas en el documento, se sugirió que debía asignárseles un orden de prioridad.

La Dra. Roses estuvo de acuerdo con la necesidad de establecer un sistema regional para la vigilancia de los problemas de salud que pudieran tener repercusiones sobre el turismo. También señaló que los recientes brotes de enfermedades ocurridos en varios países habían demostrado la imposibilidad de crear una “cúpula protectora” exclusivamente para aislar a los turistas y a los visitantes de los riesgos para la salud y recalcó la importancia de mejorar las condiciones de vida de la población del país anfitrión como una inversión de capital que en última instancia atraería a más turistas. Agradeció a los delegados sus comentarios y sugerencias, que se incorporarían en el documento. También se incluiría un examen más exhaustivo del fenómeno del turismo interno. La Secretaría esperaba recibir comentarios sobre el documento de otros países no representados en la reunión del Subcomité, así como de otros organismos. Después de que se hubieran recibido y analizado todos los comentarios, la Secretaría se proponía preparar, en forma de publicación científica de la Organización, un documento que incluyera la información y la reflexión más recientes sobre el tema de la salud y el turismo. Se esperaba que estuviera lista a mediados de 1998.

El Director expresó su agrado ante el entusiasmo que había demostrado el Subcomité por el tema y por el apoyo dado al enfoque interprogramático adoptado por la OPS. Cuando los Cuerpos Directivos abordaron el tema de la salud y el turismo en 1992, algunos delegados expresaron dudas acerca de si la OPS debía ocuparse de esta área. Sin embargo, dado que una de las razones para el establecimiento de la Organización había sido la de facilitar el comercio y el intercambio entre las personas, sentía que era crucial para la OPS asumir un papel activo en poner de relieve y abordar las preocupaciones de salud relacionadas con el turismo. Cada vez es mayor el reconocimiento de que los ministerios de salud tienen la responsabilidad de velar por la atención de la salud de todos los que se encuentren en el territorio en un momento dado, sean

turistas o nacionales. Además, los países están cada vez más preocupados por la salud de sus ciudadanos que viven en el exterior como parte de la llamada “diáspora ampliada”. La respuesta a estas nuevas exigencias representa una pesada carga para los ministerios, en particular en el caso de países pequeños como las Bahamas, que reciben anualmente un gran volumen de turistas. Estuvo de acuerdo en que una de las principales formas en que la OPS podría ayudar a los países es la vigilancia; sin embargo, la capacidad de la Organización para establecer un sistema eficaz de vigilancia dependía de la notificación exacta y clara a nivel nacional. Si la OPS no estuviera en capacidad de suministrar información objetiva y oportuna, la confianza que inspira y su aptitud para apaciguar los rumores y corregir las informaciones erróneas se verían menoscabadas.

Un tema delicado, pero al que quizás deba asignársele mayor importancia en una versión futura del documento, es la respuesta del sector de la salud a la amenaza de la transmisión de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) asociadas con el turismo. Se dijo que a veces se observaba una tendencia a pretextar que el problema de las relaciones sexuales ocasionales entre turistas e integrantes de la población local no existía o a pensar que los visitantes estaban expuestos a un riesgo mayor de contraer alguna ETS, cuando en efecto la población local se encuentra expuesta al mismo riesgo. Por consiguiente, el sector de la salud en los países debe tomar medidas drásticas para informar a los profesionales del sexo acerca de cómo protegerse y evitar la propagación de estas enfermedades.

Vigilancia y prevención de las enfermedades transmitidas por los alimentos (documento SPP29/5)

El Dr. Jaime Estupiñán (Director, Instituto Panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis, INPPAZ) esbozó el contenido del documento sobre este tema. Empezó por presentar estadísticas sobre la magnitud del problema de las enfermedades transmitidas por los alimentos y los principales agentes causales, destacando en particular la amenaza que plantean nuevos agentes patógenos tales como *Salmonella enteritidis*, *Escherichia coli* 0157:H7, *Listeria monocytogenes*, *Campylobacter jejuni* y *Yersinia enterocolitica*. El programa Regional de Cooperación Técnica en Protección de Alimentos se había iniciado en 1986 para llevar a cabo las actividades destinadas a la prevención y el control de las enfermedades transmitidas por los alimentos. Los objetivos del Programa eran lograr un suministro de alimentos que fuera inocuo, sano, nutritivo, agradable y económico; reducir la morbilidad y la mortalidad humanas debidas a las enfermedades transmitidas por los alimentos; reducir las pérdidas y los daños en la producción y comercialización de los alimentos; y mejorar las condiciones para competir en el mercado internacional de alimentos y reducir el rechazo de productos alimentarios por los países importadores. El INPPAZ se encargó de ejecutar el Plan de Acción del Programa bajo la coordinación del Programa Regional de Salud Pública Veterinaria.

El Dr. Estupiñán examinó brevemente las actividades llevadas a cabo de acuerdo con los cinco componentes del Programa, a saber: organización de programas nacionales de protección de alimentos, fortalecimiento de la capacidad de laboratorios para análisis, fortalecimiento de los servicios de inspección, vigilancia de las enfermedades transmitidas por los alimentos y promoción de la protección alimentaria mediante la participación comunitaria. Aclaró que en el documento se incluía información más detallada sobre esas actividades. Durante los bienios

1998-1999 y 2000-2001, se había previsto que el Programa se centrara en las siguientes áreas prioritarias: organización de programas integrados de protección de alimentos en cada país; organización de sistemas de información para la vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmitidas por los alimentos; incorporación de las normas del Codex Alimentarius; identificación y detección de los contaminantes microbianos; formación de redes de laboratorios con programas de control de calidad; incorporación de la metodología de análisis de peligros en puntos críticos de control (APPCC) en los sistemas de inspección y control; y comunicación y educación para la salud con miras a fomentar la participación comunitaria activa. Se invitó al Subcomité a formular sus comentarios sobre las actividades actuales y futuras del Programa y a sugerir de qué manera podría mejorarse la cooperación técnica de la Organización con relación a la prevención y el control de las enfermedades transmitidas por los alimentos.

El Subcomité expresó su apoyo decidido a la labor del Programa, así como a sus componentes y líneas de acción. El Subcomité también expresó su gratitud al Gobierno de la Argentina, país anfitrión del INPPAZ, por su apoyo y colaboración. Los objetivos se consideraron técnicamente válidos, aunque se sugirió que algunos aspectos de ellos —a saber, velar por el suministro de alimentos a bajo costo, reducir pérdidas y daños en la producción y comercialización de alimentos y mejorar la competitividad en el mercado internacional— quizá vayan más allá del cometido de la Organización. Se señaló que las estadísticas presentadas en el documento no reflejaban la verdadera magnitud del problema de las enfermedades transmitidas por los alimentos, ya que la subnotificación de casos era considerable. Por consiguiente, al Subcomité le complacía observar la importancia que el Programa asignaba a la vigilancia y al fortalecimiento de las capacidades de diagnóstico de laboratorio. Se sugirió que quizá fuese útil para la Organización compilar un inventario de los laboratorios en los países que se ocupan del diagnóstico de las enfermedades transmitidas por los alimentos y de las actividades de vigilancia, para así facilitar el intercambio de información.

También se señaló que, en razón de las diferencias considerables entre los países debidas a problemas y situaciones particulares, así como a su capacidad para hacer frente a las enfermedades transmitidas por los alimentos, quizá sea útil estratificarlos o clasificarlos según sus características para así facilitar la cooperación horizontal y bilateral. Se solicitó aclarar los vínculos de la OPS con otras organizaciones, en especial con la OMS y la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO). Varios delegados también pidieron a la Secretaría proporcionar una actualización sobre el proceso de transferir la responsabilidad de la prevención y el control de las zoonosis del INPPAZ al Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA), de conformidad con la recomendación del grupo de consulta externo que había evaluado el Programa de Salud Pública Veterinaria en 1996. Además, se sugirió que el documento debería prestar mayor atención a los nexos entre el agua y el saneamiento y las enfermedades transmitidas por los alimentos, así como entre el turismo y estas enfermedades.

El Delegado de la Argentina destacó el agradecimiento de su Gobierno al INPPAZ y a su Director, el Dr. Estupiñán, por el apoyo decidido que el Instituto había dado no solo al sector de la salud en ese país sino también al MERCOSUR. Hizo hincapié en que el INPPAZ estaba cumpliendo eficazmente los propósitos para los cuales se había creado, y se había convertido en un instrumento sumamente valioso de la cooperación técnica para todos los países de la Región.

Dijo que su delegación instaba a los delegados de todos los países a visitar el Instituto para observar directamente lo bien que estaba funcionando y para aprovechar la experiencia y los conocimientos técnicos que ofrecía en el ámbito de la protección alimentaria.

El Dr. Estupiñán estuvo de acuerdo en que el área de las enfermedades transmitidas por los alimentos y la inocuidad de los alimentos claramente se superponía a otras áreas programáticas, en particular las de turismo y agua y saneamiento, y dijo que se recalcarían más esos vínculos en los futuros informes sobre el Programa. En cuanto a los objetivos, señaló que el logro de los objetivos sobre reducción de las pérdidas en la producción y la comercialización y una mayor competitividad ocurriría como consecuencia de los esfuerzos del Programa con relación a los otros objetivos, en particular los de vigilancia y de puesta en práctica de sistemas de inspección y de control más eficaces, como el APPCC. También estuvo totalmente de acuerdo en que no es posible aplicar las mismas medidas y enfoques a todos los países porque sus situaciones y problemas varían; el Programa reconoció ese hecho y lo aplicó a sus actividades de cooperación técnica con los países. En cuanto a los vínculos de la OPS con otros organismos internacionales en el área de la inocuidad de los alimentos, la Organización, por intermedio del INPPAZ, había trabajado en estrecho contacto con la FAO, en particular con relación a los asuntos normativos y reglamentarios, y tanto con la FAO como con la OMS en la aplicación del Codex Alimentarius. También señaló que el INPPAZ había inaugurado recientemente un sitio en la Web con enlaces a las organizaciones y los organismos que trabajaban en el área de la inocuidad y la protección de los alimentos. En lo referente a la sugerencia de elaborar un inventario de los laboratorios, dijo que el INPPAZ tenía información sobre todos los recursos de laboratorio de la Región y que la información existente se había ampliado en una reunión que se celebraría del 8 al 12 de diciembre de 1997 para planificar la organización de una red interamericana de laboratorios.

El Director observó que algunos de los temas presentados al Subcomité eran iniciativas o temas nuevos que exigían debates y medidas de los Cuerpos Directivos, mientras que otros eran programas existentes que se presentaban para examen. Este tema pertenecía a esta última categoría. Los comentarios de los delegados dejaban ver que estaban satisfechos con las orientaciones y las actividades del Programa. El Dr. Alleyne dijo que, personalmente, se sentía algo decepcionado con el progreso logrado hacia el establecimiento de comisiones nacionales eficaces para la protección de alimentos en los países. Pidió a los delegados, que cuando regresaran a sus países, estudiaran la forma de fomentar una mayor colaboración entre el sector de la salud y el agropecuario y de establecer comisiones que funcionaran adecuadamente.

El fortalecimiento de los laboratorios seguía siendo un elemento fundamental del Programa. El diagnóstico exacto era esencial para determinar los agentes patógenos de las enfermedades transmitidas por los alimentos y para planificar las acciones apropiadas de control. Puesto que la OPS reconocía que el INPPAZ solo no podría nunca abordar todas las necesidades de diagnóstico en las Américas, estaba promoviendo el establecimiento de una red de laboratorios nacionales. Tal como había señalado el Subcomité, el agua solía ser un factor de peso en las enfermedades transmitidas por los alimentos y, por consiguiente, también era necesario que los laboratorios tuvieran la capacidad de evaluar la calidad del agua.

Los datos incluidos en el documento, que indicaban que la mayoría de los alimentos causantes de brotes de enfermedades transmitidas por los alimentos se preparaban en el hogar, ponían de relieve la necesidad crucial de educación sanitaria y de promoción de las buenas prácticas sanitarias a todos los niveles. Si ese resultado se confirmaba cuando se recibieran de los países datos más detallados, la Organización necesitaría ajustar su cooperación técnica en consecuencia, quizás asignando la misma importancia tanto a la educación y la difusión de información como al fortalecimiento de los laboratorios y al diagnóstico.

Sobre el tema de los vínculos con otras organizaciones internacionales, el Director dijo que estaba preocupado, ya que algunos de los debates que tenían lugar en el seno de la Organización Mundial del Comercio y algunas decisiones tomadas por esta quizá no tenían en cuenta debidamente las consecuencias sanitarias de la producción y el comercio de alimentos. A su modo de ver, dijo que debería haber ciertos mecanismos de coordinación entre el sector de la salud y el del comercio para que se tengan en cuenta los intereses relativos a la salud a medida que aumenta el comercio mundial de alimentos.

Finalmente, en respuesta a las preguntas en cuanto a la transferencia de las responsabilidades del INPPAZ al PANAFTOSA, señaló que este último centro todavía no se había reubicado en su nueva sede. La Organización se propone actuar lentamente al transferir la responsabilidad de las zoonosis a PANAFTOSA y esperaría hasta que este centro estuviese en pleno funcionamiento en su nueva sede y, por tanto, en condiciones de aceptar esa responsabilidad. Sin embargo, añadió, el objetivo seguía siendo trasladar las actividades relacionadas con las zoonosis del INPPAZ al PANAFTOSA y hacer de la protección alimentaria la función predominante del Instituto. Reiteró el agradecimiento de la Organización al gobierno de la Argentina por su apoyo financiero, moral y político al INPPAZ.

Comunicación y salud (documento SPP29/6)

La Dra. Gloria Coe (Coordinadora, Unidad de Comunicación para la Salud) describió los enfoques y las actividades de la Organización en el ámbito de la comunicación para la salud, que se habían definido como “un proceso de presentación y evaluación de información educativa que sea persuasiva, atractiva y convincente, y que conduzca a comportamientos sanos desde los puntos de vista individual y social”. En consecuencia, el centro de atención de la comunicación para la salud era el comportamiento. La Dra. Coe expuso la historia de la participación de la OPS y de su compromiso con la comunicación para la salud y los programas de información, que datan de los primeros años de la Organización. Desde entonces, ese compromiso se había reforzado en diversos foros, en especial en la Conferencia sobre Atención Primaria de Salud celebrada en Alma-Ata y en la Conferencia de Promoción de la Salud celebrada en Ottawa en 1986, así como por intermedio de numerosas resoluciones tanto de la OPS como de la OMS. Luego describió dos estudios importantes realizados en los años sesenta, uno en la Universidad de Stanford en los Estados Unidos y el otro en Karelia del Norte (Finlandia), que habían mostrado claramente la eficacia de la comunicación para la salud para luchar contra los comportamientos indeseables y promover la salud.

Debido al éxito demostrado en materia de comunicación para la salud, los proyectos financiados por organismos internacionales y bilaterales, como el Banco Mundial y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (AID), ahora solían incluir un componente de comunicación para la salud. En toda la Región, la importancia de la comunicación para la salud cada vez se reconoce más tanto en las instituciones públicas como en el sector privado, que estaba dándose cuenta de que la salud suscita interés. Como resultado, los ministerios de salud se ven enfrentados al reto de elaborar políticas y programas que orienten los esfuerzos de comunicación para la salud y velen por la generación y difusión de información exacta.

Las actividades de cooperación técnica de la OPS en esta esfera se orientaban a ayudar a los Estados Miembros a formular programas eficaces de información y de comunicación para la salud. Las capacidades de comunicación para la salud de la Organización se concentraban en la Unidad de Comunicación para la Salud, dentro de la División de Promoción y Protección de la Salud, y en la Oficina de Información Pública, dependiente de la Oficina del Director Adjunto. Además, había comunicadores que trabajaban en varias representaciones de la OPSOMS y centros panamericanos. En el documento se describían algunas actividades de cooperación técnica de la Organización con los ministerios de salud, ministerios de educación, universidades y medios de comunicación. Al Subcomité se le pidió comentar el documento y recomendar cambios que considerara apropiados en materia de actividades y enfoques de la OPS con respecto a la comunicación para la salud.

La Sra. Bryna Brennan (Jefa, Oficina de Información Pública) señaló que el documento describía las actividades tanto de la Oficina de Información Pública, cuyas funciones eran la de promover la labor de la Organización y de transmitir mensajes relacionados con la salud, como de la Unidad de Comunicación para la Salud, cuyo interés se centraba más en la promoción de la salud. Invitó al Subcomité a formular sus comentarios, en particular sobre cómo la OPS podría ayudar mejor a los países en la esfera de información pública y cómo podría coordinarse mejor la comunicación para la salud con la promoción de la salud.

El Subcomité elogió a la OPS por reconocer la importancia de la comunicación para la salud como un medio de modificar los comportamientos de los cuales se originan muchos problemas de salud. Se señaló que no todos los profesionales de la salud ni los niveles decisorios estaban convencidos del valor de invertir en la comunicación para la salud, a pesar de que se había demostrado que contribuía a la prevención de las enfermedades y de ese modo disminuirían los costos de la asistencia sanitaria. En consecuencia, una forma mediante la cual la Organización podría ayudar a los países consistiría en llevar a cabo estudios o elaborar indicadores para demostrar la eficacia en función de los costos de la comunicación para la salud. Otra función importante para la OPS sería la de servir de fuente oficial de información fidedigna sobre salud en la salud y apoyar el papel de los ministerios de salud como fuentes primarias de información en el plano nacional. Con el advenimiento de tecnologías como la Internet, grandes segmentos de la población tienen ahora acceso a una cantidad enorme de información sanitaria; aun así, como esa información no siempre era fidedigna y su cuantioso volumen podía ser abrumador, era importante velar por que la gente de los países tuviese acceso a una fuente de información técnica válida.

Se puso de relieve la necesidad de desarrollar técnicas alternativas, preferentemente horizontales, de comunicación para llegar a las comunidades pobres. Se señaló que entre 25 y 30% de la población de América Latina no recibía la información y seguía mal informada. Como consecuencia, había resultado sumamente difícil lograr cambios en los comportamientos y las actitudes con relación a problemas de salud como el cólera, que en algunos grupos de población se habían abordado con éxito por medio de la información pública y las campañas de educación sanitaria. De igual manera, se consideró esencial adaptar los mensajes sobre salud a las características del público destinatario. También se destacaron las diferencias entre América Latina y otras regiones más desarrolladas en el contexto general de la comunicación y la cobertura por los medios de comunicación.

Se señaló que los medios de comunicación podrían ser una herramienta poderosa para transmitir mensajes positivos sobre la salud, pero también podrían subvertir muchos de los cambios buscados por el sector de la salud, a veces por intermedio de mensajes subliminales, como la presentación de personajes de películas o de programas de televisión que fuman. Los jóvenes quizás sean particularmente vulnerables a tales mensajes. Con relación a la programación de televisión, varios delegados recalcaron el extraordinario potencial de comunicación para la salud de las telenovelas, que se difunden ampliamente en toda la Región.

Dado el poder de los medios de comunicación para influir en los comportamientos y las decisiones de la gente, se consideraba esencial para los gobiernos, y en particular para los ministerios de salud, esforzarse por establecer buenas relaciones y hacer de los medios de comunicación sus aliados. Se sugirió que los gobiernos tenían una doble función con respecto a la comunicación para la salud: una que es la de dar información directamente y llevar a cabo actividades de promoción y protección de la salud, y otra que es la de disipar rumores o exageraciones y corregir información errónea que quizá se difunda por conducto de los medios de comunicación. Esa dualidad a menudo los colocaba en una posición de rivalidad o de conflicto con los medios de comunicación.

Varios delegados describieron las experiencias de comunicación para la salud y las iniciativas en marcha en sus países. Este intercambio de experiencias se consideró sumamente valioso, y se propuso que la OPS estudiara la posibilidad de realizar una “feria de comunicación para la salud”, que se celebraría simultáneamente con una reunión futura del Consejo Directivo, para brindar a los países la oportunidad de presentar sus experiencias y aprender mutuamente.

Con respecto al documento, se sugirió que debería abordar los temas de la comunicación entre los gobiernos y sus ciudadanos y las comunicaciones entre los gobiernos y entre la OPS y los gobiernos, así como la función de la OPS en facilitar la vinculación entre los gobiernos. También se sugirió que debía aclararse la integración y la interacción entre las actividades de comunicación social de la OPS y sus actividades de información pública. El Subcomité consideró que el principal centro de interés de la Organización debería ser la comunicación social, orientada hacia la promoción de la salud, aunque se reconocía la importancia de fortalecer la imagen institucional y la confianza en la OPS. Además, el documento debería prestar más atención al uso de nuevas modalidades de comunicación como la Internet. Finalmente, se sugirió que la sección sobre la cooperación técnica de la Organización proporcionara información más concreta sobre las actividades planificadas o en marcha, en especial las prioridades y los

objetivos cuantificables.

La Dra. Coe dijo que la Unidad de Comunicación para la Salud, en colaboración con la Oficina de Información Pública, estaba buscando activamente la forma de trabajar con las comunidades pobres y rurales de difícil acceso, empleando estrategias de comunicación tanto tradicionales como alternativas. Señaló que llegar a esas poblaciones era un gran reto no solo para la OPS sino para el ámbito de la comunicación en su totalidad. Con respecto a la interacción entre su unidad y la Oficina de Información Pública, explicó que el trabajo de las dos esferas se superponía con frecuencia y colaboraban entre sí; sin embargo, se trata de dos programas distintos con diferentes orientaciones y objetivos. En respuesta a los comentarios sobre los mensajes potencialmente negativos que podrían ser transmitidos por los medios de comunicación, observó que una de las estrategias prioritarias de la OPS era la de promover conocimientos sobre los medios de comunicación en los programas de la escuela primaria y secundaria para ayudar a los jóvenes a decodificar los mensajes de los medios. También reconoció la necesidad de abordar los retos creados por la difusión de información excesiva y a veces incorrecta por conducto de la Internet y otros medios de comunicación. Finalmente, señaló que algunas publicaciones de la Unidad de Comunicación para la Salud y de la Oficina de Información Pública estaban disponibles para los delegados y se enviarían por correo a cualquier país que deseara tenerlas.

El Director dijo que, a su modo de ver, la próxima versión del documento debería abordar solo los aspectos de cooperación técnica del trabajo de la Organización en materia de comunicación para la salud. El objetivo principal de la OPS era el de ayudar a los ministerios de salud a ser más eficaces al transmitir la información que produciría cambios en los comportamientos, las prácticas y las actitudes en relación con la salud, no solo a nivel individual sino en la sociedad en conjunto. La Organización también procuraba ayudar a los ministerios a forjar mejores relaciones con los medios de comunicación para promover la difusión de información exacta y apropiada sobre temas de salud.

Con relación al exceso de información sanitaria disponible por medio de la Internet y otras fuentes, señaló que, en realidad, había un exceso de datos brutos, que no se habían organizado en información que produciría el conocimiento necesario para la toma de decisiones correctas. Recopilar y organizar datos para brindar información útil a los países era otro de los objetivos de la OPS en el área de la comunicación para la salud. En cuanto al problema de la renuencia observada en el sector de la salud a invertir en actividades de comunicación para la salud, sin duda alguna esta renuencia guardaba relación con las actitudes que por mucho tiempo mantuvieron los profesionales de la medicina, que tradicionalmente se mostraban reacios a tratar con los medios de comunicación o a justificar sus acciones ante el público. El cambio de esas actitudes tomaría tiempo, pero la Organización seguiría tratando de persuadir a los trabajadores de salud de que la comunicación para la salud era tan importante como los programas para la prevención y el control de las enfermedades.

Salud de las personas de edad (documento SPP29/4)

La Dra. Martha Peláez (Asesora Regional sobre Envejecimiento y Salud) presentó el nuevo marco conceptual para la cooperación técnica de la OPS en el área de envejecimiento y

salud. Señaló que uno de los principales éxitos en el ámbito de la salud del siglo XX era el aumento de la longevidad; sin embargo, con ese éxito había llegado también el reto de formular un nuevo paradigma para abordar las necesidades en materia de salud y mejorar la calidad de vida del número en constante aumento de personas mayores de 60 años en todos los países de la Región. Lamentablemente, para muchas personas, vivir más tiempo creaba una situación de peligro triple caracterizado por una mayor pobreza, soledad y aislamiento, y acceso limitado a la atención de salud debido a la discriminación por edad. Según el paradigma actual, las personas mayores tendían a considerarse como una carga, y no como recursos capaces de contribuir al desarrollo y al fortalecimiento de la familia y la sociedad.

El programa de cooperación técnica de la OPS tenía como finalidad cambiar esas percepciones y promover el envejecimiento saludable y activo, que según revelaba la investigación estaba estrechamente vinculado a la prevención de las enfermedades y la discapacidad, al mantenimiento de funciones físicas y cognitivas óptimas, y a la participación constante en actividades sociales y productivas. El plan de acción propuesto sobre envejecimiento y salud hacía hincapié en un enfoque holístico, aplicando las perspectivas del Programa Mundial de la OMS sobre el Envejecimiento, a saber: una perspectiva del curso vida, una perspectiva de promoción de la salud, una perspectiva de género, una perspectiva intergeneracional y una perspectiva ética.

El plan incluía tres componentes programáticos principales: 1) una concentración del interés en la salud de las personas mayores, incluido el mejoramiento del acceso a la atención primaria de salud y medidas adecuadas para abordar los problemas de prestación de asistencia e identificación de alternativas comunitarias a la asistencia institucional; 2) la participación de las personas mayores en la promoción de ambientes sanos y modos de vida sanos, integrándolos en el movimiento de las comunidades saludables; y 3) asignar importancia a las personas mayores como agentes del cambio, fomentar las labores de voluntariado entre los ancianos y desarrollar sus aptitudes de promoción de la causa. Las actividades para el período 1998-2002 se concentrarían en seis áreas: 1) investigación y fortalecimiento de la base de información para proporcionar a los Estados Miembros datos e información fiable sobre temas relacionados con la edad; 2) difusión de la información, incluido el fortalecimiento de las redes de información; 3) promoción de la causa y comunicación social, como actividades clave para cambiar los estereotipos acerca del envejecimiento; 4) desarrollo de recursos humanos, especialmente a nivel de la atención primaria, para permitir a los trabajadores de salud afrontar los nuevos retos de atender a una población que envejece; 5) formulación y evaluación de políticas, planes y programas para satisfacer las necesidades actuales e implantar la infraestructura necesaria para abordar necesidades futuras; y 6) movilización de los recursos, sin los cuales ninguna de las otras actividades sería posible. Se pidió al Subcomité formular sus comentarios sobre el nuevo marco conceptual y sobre lo adecuado del plan de acción propuesto.

El Subcomité expresó su apoyo decidido al marco conceptual y al enfoque holístico del tema de la salud y el envejecimiento presentado en el documento. Elogió a la OPS por reconocer que un modelo que combinaba las soluciones tanto sociales como médicas —en lugar de un enfoque estrictamente biomédico— era esencial para satisfacer las necesidades de los ancianos. Debido a que muchos de los factores que influyen en un envejecimiento sano caen fuera del campo de acción del sector de la salud, la colaboración multisectorial se consideraba esencial.

También se consideraba imprescindible tomar medidas inmediatas destinadas a crear la infraestructura necesaria para atender a los ancianos antes de que se sienta el impacto total de la transición demográfica. Una de las áreas más importantes para la acción era el desarrollo de alternativas comunitarias y familiares a la asistencia institucional. En este sentido, los nuevos arreglos para vivienda y organización de la vida cotidiana de una persona —que se fundamentan en la familia nuclear y no en la extendida— se identificaron como factores que contribuyen al aislamiento y a la exclusión de las personas mayores.

Se puso de relieve la importancia de proteger la dignidad de los ancianos, así como la importancia de integrar a las personas mayores plenamente en la sociedad y de darles los instrumentos para contribuir al desarrollo y el bienestar de su familia y de la comunidad. Se recalcó que para los ancianos, así como para la población en general, la salud no consiste solamente en la ausencia de enfermedad, sino que es un estado de completo bienestar físico, mental y social. También se señaló que, en último término, la sociedad en su totalidad se beneficiaba de las medidas que mejorasen la calidad de vida y le diesen mayor dignidad a los ancianos.

Con respecto al documento y a las líneas propuestas de acción, la investigación y la creación de una base de datos sobre envejecimiento se consideraron como prioritarias. Además de recopilar datos sobre la situación de los ancianos, se sugirió que la Organización también compilara información relativa a programas y políticas sobre el envejecimiento para que fuese más fácil compartir experiencias entre los países. Se solicitó más información sobre el desarrollo de recursos humanos y los esfuerzos de la Organización en materia de enseñanza de la gerontología y la geriatría. Se hizo hincapié en la necesidad de incorporar en esa enseñanza el uso de las preparaciones farmacéuticas entre los ancianos y en la nutrición como base para la buena salud, así como también la importancia de ampliar el adiestramiento en atención de los ancianos a todos los profesionales de la salud afines. En el área de la comunicación social y promoción de la causa, se sugirió que una manera de fomentar el cambio en las percepciones acerca del envejecimiento y los ancianos sería promover el desarrollo de una especialidad en el periodismo similar al periodismo de salud, pero asignando particular importancia a los temas relacionados con la edad.

Se destacó la necesidad de dar prioridad a las estrategias de cooperación técnica y adaptarlas a las necesidades de los países. Se señaló que el documento sobre el envejecimiento y la salud, al igual que la mayoría de los otros documentos examinados por el Subcomité, contenía estrategias principalmente genéricas, como la investigación, la promoción de la causa, la difusión de información y movilización de recursos, que son aplicables por igual a todas las líneas de acción de la Organización. En el contexto actual de escasez de recursos, se consideró esencial establecer prioridades claras y planificar la cooperación técnica para abordar necesidades concretas y brindar apoyo a los países en determinadas áreas.

La Dra. Peláez reconoció la necesidad de la investigación y el valor del intercambio de información entre los países. Añadió que la Organización estaba patrocinando un proyecto de investigación multicéntrico que se esperaba produciría no solo una base sólida de información sobre la situación de los ancianos en los siete países participantes sino también una metodología de utilidad comprobada que permitiría a otros países de la Región emprender estudios

epidemiológicos de sus poblaciones de ancianos. Además, el proyecto también proporcionaría elementos para preparar un programa para la cooperación técnica durante los próximos 10 años. Entre otras cosas, el estudio consideraría el estado de nutrición de las personas mayores, la cantidad de actividad física que realizaban, y las “transferencias intergeneracionales”, o sea, la forma en que las personas mayores contribuían al bienestar de sus familias y viceversa. También examinaría el uso de las preparaciones farmacéuticas y las medicinas no tradicionales entre los ancianos, con miras a comprender mejor qué tipo de programas educacionales hay que formular para que las personas mayores reciban mejores cuidados y atención más apropiada de los profesionales de la salud.

Uno de los objetivos principales del programa era el de mejorar la atención para los ancianos a nivel de la atención primaria, lo que significaba no solo suministrar a los trabajadores de salud de ese nivel las herramientas que necesitaban para la atención de las personas mayores, sino también formular estrategias para promover el envejecimiento sano. En el área del desarrollo de políticas, el programa estaba colaborando con el Programa sobre Políticas Públicas y Salud para prestar cooperación técnica a la comisión de salud del Parlamento Latinoamericano sobre problemas relacionados con el envejecimiento y para preparar leyes modelo sobre el envejecimiento y la salud. La ubicación del programa de cooperación técnica sobre la salud de los ancianos dentro del Programa de Salud de la Familia y Población y su colaboración horizontal con otros programas de la OPS reflejaba la atención que prestaba a los aspectos intergeneracionales y multisectoriales.

El Director recalcó la necesidad de que el sector de la salud y las organizaciones sanitarias como la OPS tomaran la delantera al abordar la multitud de problemas que surgirían durante los próximos decenios como resultado del envejecimiento de la población en la Región. Para hacerlo, la Organización debería considerar su propia capacidad de respuesta y buscar maneras innovadoras de mejorar su propia capacidad interna a pesar de las limitaciones de recursos. También debía aprovechar las capacidades técnicas y los recursos de otras áreas programáticas, por ejemplo, para recopilación y análisis de los datos. Finalmente, debía afinar su capacidad para presentar propuestas, bien fundadas y estructuradas, para movilizar recursos extrapresupuestarios destinados al trabajo en esta área crítica.

Con respecto a los comentarios sobre las estrategias de cooperación técnica, recalcó que la cooperación técnica de la OPS siempre se planificaba en respuesta a las necesidades y las prioridades determinadas por los países. Observó que todo el tema de las respuestas y las prioridades de cooperación se trataría exhaustivamente en la reunión del Subcomité a celebrarse en marzo de 1998, cuando se examinarían las orientaciones estratégicas y programáticas de la Organización para el próximo cuatrienio. Entretanto, sin embargo, la Secretaría podría hacer más específico el documento en cuanto a las estrategias de cooperación técnica de la OPS en el área de envejecimiento y salud. La próxima versión del documento contendría más información concreta sobre cómo la OPS fortalecería sus propias capacidades internas en esta área, así como sobre la forma en que prestaría cooperación técnica en respuesta a las prioridades nacionales.

Hantavirus (documento SPP29/8)

El Dr. Steven Corber (Director, División de Prevención y Control de Enfermedades) esbozó las actividades que la OPS estaba llevando a cabo en respuesta al problema emergente de la infección por Hantavirus. Recordó que los primeros casos del síndrome pulmonar por Hantavirus (SPH) se habían detectado en el sudoeste de los Estados Unidos en 1993, aunque la existencia de casos anteriores se había demostrado por medio del análisis retrospectivo de muestras de sangre. Desde entonces, habían ocurrido casos en Argentina, Brasil, Chile, Uruguay, Paraguay y Canadá. Otros países se consideraban en riesgo, ya que en la Región había muchas variedades tanto del virus como de los roedores salvajes, que son los reservorios de este.

En septiembre de 1997, el 40.º Consejo Directivo había aprobado una resolución (CD40.R14) por la cual solicitaba al Director que estableciera un grupo de trabajo que emitiera recomendaciones sobre vigilancia epidemiológica, diagnóstico, tratamiento y prevención de infecciones y enfermedades por Hantavirus; apoyara y promoviera la cooperación horizontal entre los Estados Miembros; y preparara un informe a la 25.ª Conferencia Sanitaria Panamericana. El documento presentado al Subcomité era un informe sobre las actividades emprendidas hasta la fecha en cumplimiento de esa resolución.

Dichas actividades incluían asistencia técnica a varios países en respuesta a los brotes; el apoyo financiero a los estudios para identificar el reservorio del virus en la Argentina y aplicación de medidas de control; la organización de una reunión subregional sobre el SPH para distribuir información epidemiológica y determinar las necesidades en materia de laboratorios de diagnóstico, producción de reactivos, investigación y vigilancia epidemiológica; y el auspicio de la cooperación técnica entre países. En diciembre de 1997, la Organización tenía previsto publicar varias guías sobre aspectos clínicos de la enfermedad y sobre los reservorios de los Hantavirus. Durante la primera mitad de 1998 se prepararía una guía técnica más completa sobre los Hantavirus en las Américas, en colaboración con expertos de los países y el grupo de trabajo creado de conformidad con la resolución CD40.R14. Otras actividades futuras se centrarían en el fortalecimiento de la vigilancia y la capacidad de diagnóstico de laboratorio y promoción de la producción regional de los antígenos necesarios para el diagnóstico de la infección.

El Subcomité consideró la respuesta de la Organización a los Hantavirus como un ejemplo excelente de la capacidad de la OPS para prestar cooperación técnica oportuna y apropiada, así como para facilitar la cooperación técnica entre países. Varios delegados presentaron actualizaciones sobre la situación y las iniciativas recientes en sus países. El Delegado de la Argentina anunció que los ministros de salud de los países del MERCOSUR habían convenido recientemente en formar una comisión coordinadora subregional sobre los Hantavirus. La Delegación de los Estados Unidos informó que el Instituto Nacional de la Alergia y las Enfermedades Infecciosas había diseñado un ensayo clínico y estaba interesado en la posibilidad de incluir a pacientes de América del Sur para un estudio controlado, doble ciego y con placebo de la ribavirina.

Dada la falta de conocimientos acerca del SPH, se consideraba esencial preparar materiales educativos tanto para los profesionales de la salud como para el público en general y llegar a un consenso regional en cuanto a la definición de caso. El fortalecimiento de los

laboratorios, en especial el adiestramiento de los recursos humanos y establecimiento de laboratorios de referencia, también se consideraba decisivo. Varios delegados recalcaron la importancia de investigar las condiciones ambientales, en particular el fenómeno de El Niño, que quizá condujera a mayor prevalencia de la enfermedad y exigiese la aplicación de medidas concretas en las zonas fronterizas para prevenir la introducción del SPH. También se recalcó la necesidad de difundir información exacta a objeto de mitigar los temores que suscitaban en el público informes incorrectos o exagerados difundidos por los medios de comunicación.

El Dr. Corber comentó que la experiencia anterior de la Organización para afrontar las enfermedades transmisibles, sus conocimientos sobre las capacidades de los diversos países y los programas de adiestramiento anteriores habían contribuido a que la OPS diera una respuesta rápida a los Hantavirus y fomentara el establecimiento de redes de comunicación y alianzas entre los países. En respuesta a los comentarios sobre el fortalecimiento de los laboratorios y la formulación de una definición de caso, dijo que la OPS estaba trabajando activamente en ambas esferas. Agregó que había actividades en marcha para establecer una red de laboratorios, entre ellos tres laboratorios de referencia, y se había dado apoyo para algunas actividades de adiestramiento. Las dos guías provisionales que se publicarán en diciembre de 1997 y la versión definitiva que se preparará en 1998 ayudarían al adiestramiento y la educación tanto de los trabajadores de salud como del público.

Reconoció la importancia de las condiciones ambientales como factor de transmisión de la enfermedad. Los primeros casos en los Estados Unidos se habían descubierto después de un año de lluvias intensas, que se creía habían puesto a la población de roedores en más estrecho contacto con la población humana, y de ese modo aumentaba el potencial de exposición al virus. En vista de esa situación, había motivos de preocupación por los posibles efectos de El Niño. La prevención primaria por medio del control de roedores era la clave para detener la propagación del virus. El documento que se publicaría en 1998 contendría recomendaciones sobre los riesgos asociados con los roedores y el control de roedores, así como sobre posibles medidas para aplicarse en las zonas fronterizas.

El Director recalcó la importancia de la cooperación técnica entre países. La Secretaría siempre había considerado que la función adecuada de la Organización era la de facilitar el intercambio y la colaboración. También informó al Subcomité que la Organización estaba formando un grupo de trabajo pequeño para analizar los riesgos que entrañaba El Niño, en especial la posibilidad de una recrudescencia del SPH causada por las condiciones climáticas y los cambios ecológicos. Más adelante se ampliaría la información sobre el grupo de estudio.

Otros asuntos

El Director recordó al Subcomité que, de conformidad con una decisión tomada por la 121.^a sesión del Comité Ejecutivo, la próxima sesión del Subcomité se celebraría los días 30 y 31 de marzo de 1998. Uno de los temas más importantes sobre el programa sería la propuesta de orientaciones estratégicas y programáticas para 1999-2002, que la Secretaría estaba redactando en consulta con representantes de cada país de la Región.

También señaló que el congreso bienal de la Unión Latinoamericana contra las Enfermedades de Transmisión Sexual (ULACETS) iba a celebrarse en Lima (Perú) durante la primera semana de diciembre. El SIDA sería un tema importante de discusión de esa reunión, y por lo general se invitaba a los directores de los programas nacionales contra el SIDA a que asistieran como representantes oficiales de sus gobiernos. Sin embargo, estaba algo preocupado, ya que varios directores de programas nacionales contra el SIDA de algunos países habían formado recientemente un grupo horizontal de cooperación técnica que, temía, quizá estuviese asumiendo algunas responsabilidades que incumbían a los Cuerpos Directivos de la Organización. Si bien la OPS apoyaba con entusiasmo las iniciativas horizontales de cooperación, no quisiera que la autoridad de los gobiernos se viera socavada. Escribiría a los ministros de salud para expresar formalmente sus inquietudes, pero invitaba a los Miembros del Subcomité a opinar sobre la situación.

La mayoría de los Miembros del Subcomité desconocían la existencia del grupo e indicaron que sus directores de programas nacionales contra el SIDA asistirían a la reunión de Lima como representantes de sus gobiernos. Se señaló que los directores nacionales estaban sujetos a la autoridad de los ministros de salud y estaban obligados a apoyar las políticas establecidas por su ministerio respectivo. Varios delegados señalaron que la inquietud planteada por el Director ponía de relieve la necesidad de reexaminar el tema más amplio de la cooperación internacional y la naturaleza de las relaciones de la OPS con los ministerios de salud, en particular en vista de la función cada vez más prominente desempeñada por las ONG. Se recalcó la necesidad de crear verdaderas alianzas, en lugar de relaciones de dependencia, entre la Organización y los ministerios. Se sugirió que estos temas se examinaran como parte del debate de las orientaciones estratégicas y programáticas en la próxima reunión del Subcomité.

CLAUSURA DE LA SESIÓN

El Presidente expresó su agradecimiento a los Miembros del Subcomité por la confianza que habían depositado en él al haberlo elegido. Luego agradeció a las autoridades y a los delegados sus valiosas contribuciones y declaró clausurada la sesión.

Anexos



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



**SUBCOMITÉ DE PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN
DEL COMITÉ EJECUTIVO**

29.^a sesión, 1 y 2 de diciembre de 1997

SPP29/FR (Esp.)
Anexo A

Anexo A: ORDEN DEL DÍA

No. del documento

- | | | |
|-----|--|------------------------------|
| 1. | Apertura de la sesión | |
| 3. | Elección del Presidente, el Vicepresidente y el Relator | |
| 5. | Adopción del orden del día y del programa de reuniones | SPP29/1, Corrig. y SPP29/WP1 |
| 4. | Prevención y control del consumo de tabaco | SPP29/3 |
| 6. | Salud de las personas de edad | SPP29/4 |
| 8. | Vigilancia y prevención de las enfermedades transmitidas por los alimentos | SPP29/5 |
| 7. | Comunicación y salud | SPP29/6 |
| 9. | Salud y turismo | SPP29/7 |
| 11. | Hantavirus | SPP29/8 |
| 13. | Otros asuntos | |



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



**SUBCOMITÉ DE PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN
DEL COMITÉ EJECUTIVO**

29.ª sesión, 1 y 2 de diciembre de 1997

SPP29/FR (Esp.)
Anexo B

Anexo B.: LISTA DE DOCUMENTOS

No. de documento

Título

DOCUMENTOS DE TRABAJO

SPP29/1, Corrig.	Orden del día provisional
SPP29/2, Rev. 1	Lista provisional de participantes
SPP29/3	Prevención y control del consumo del tabaco
SPP29/4	La salud de las personas de edad
SPP29/5	Vigilancia y prevención de las enfermedades transmitidas por los alimentos
SPP29/6	Comunicación y salud
SPP29/7	Salud y turismo
SPP29/8	Hantavirus

INFORMACIÓN

Reglamento interno para sesiones



PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION
WORLD HEALTH ORGANIZATION



**SUBCOMMITTEE ON PLANNING AND PROGRAMMING
OF THE EXECUTIVE COMMITTEE**

29th Session, 1-2 December 1997

SPP29/FR (Esp.)
Anexo C

**LIST OF PARTICIPANTS
LISTA DE PARTICIPANTES**

**MEMBERS OF THE SUBCOMMITTEE
MIEMBROS DEL SUBCOMITÉ**

ARGENTINA

Dr. Argentino L. Pico
Subsecretario de Políticas de Salud
y Relaciones Institucionales
Ministerio de Salud
Buenos Aires

BAHAMAS

Dr. Ronald Knowles
Minister of Health
Ministry of Health
Nassau

Dr. Mercelene Dahl-Regis
Chief Medical Officer
Ministry of Health
Nassau

CANADA

Mr. Edward M. Aiston
Director General
International Affairs Directorate
Health Canada
Ottawa, Ontario

MEMBERS OF THE SUBCOMMITTEE (cont.)
MIEMBROS DEL SUBCOMITÉ (cont.)

COLOMBIA

Sra. Diana Serpa
Representante Alterno
Misión de Colombia ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

ECUADOR

Dr. Asdrúbal de la Torre
Ministro de Salud Pública
Ministerio de Salud Pública
Quito

Dr. Miguel Almeida
Asesor del Ministro de Salud
Ministerio de Salud Pública
Quito

PANAMA

Dra. Aída Moreno de Rivera
Ministra de Salud
Ministerio de Salud
Ciudad de Panamá

PERU

Dr. Pablo Augusto Meloni
Director General
Oficina de Financiamiento, Inversiones
y Cooperación Externa
Ministerio de Salud
Lima

MEMBERS OF THE SUBCOMMITTEE (cont.)
MIEMBROS DEL SUBCOMITÉ (cont.)

UNITED STATES OF AMERICA
ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

Mr. Richard S. Walling
Director, Office of the Americas and the Middle East
Office of Public Health and Science
Office of the Secretary
Rockville, Maryland

Ms. Mary Lou Valdez
International Health Officer (Americas)
U.S. Department of Health and Human Services
Rockville, Maryland

Mr. Neil A. Boyer
Director for Health and Transportation Programs
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

**OTHER MEMBER GOVERNMENTS
OTROS GOBIERNOS MIEMBROS**

ANTIGUA AND BARBUDA
ANTIGUA Y BARBUDA

Ms. Olive Gardner
Principal Nursing Officer
Ministry of Health and Civil Service Affairs
St. John's

BRAZIL
BRASIL

Sr. Orlando Celso Timponi
Consejero, Misión de Brasil ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

CHILE

Dr. Carlos Anríquez
Jefe, Oficina de Cooperación y Asuntos Internacionales
Ministerio de Salud
Santiago

CUBA

Dr. Rene Ruiz Armas
Director de Relaciones Internacionales
Ministerio de Salud
La Habana

Sr. Rafael Noriega
Primer Secretario
Sección de Intereses de Cuba
Washington, D.C.

**PAN AMERICAN SANITARY BUREAU
OFICINA SANITARIA PANAMERICANA**

*Secretary ex officio of the Session
Secretario ex officio de la Sesión*

Sir George Alleyne
Director

*Advisers to the Director
Asesores del Director*

Dr. David Brandling-Bennett
Deputy Director

Dr. Mirta Roses
Assistant Director

Mr. Thomas Tracy
Chief of Administration

Dr. Stephen J. Corber
Director, Division of Disease Prevention and Control

Mr. Horst Otterstetter
Director, Division of Health and Environment

Dr. Juan Antonio Casas
Director, Division of Health and Human Development

Dr. José A. Solís
Acting Director, Division of Health Promotion and Protection

Dr. Daniel López Acuña
Director, Division of Health Systems and Services Development

Dr. Ciro de Quadros
Director, Special Program on Vaccines and Immunization

Dr. Irene Klinger
Chief, Office of External Relations

PAN AMERICAN SANITARY BUREAU (cont.)
OFICINA SANITARIA PANAMERICANA (cont.)

Advisers to the Director (cont.)
Asesores del Director (cont.)

Technical Secretary
Secretario Técnico

Dr. Juan Manuel Sotelo
Chief, Analysis and Strategic Planning Office

Chief, Legal Office
Jefe, Oficina de Asuntos Jurídicos

Dr. Heidi Jiménez

Chief, Department of General Services
Jefe, Departamento de Servicios Generales

Mr. César A. Portocarrero

Chief, Conference Services
Jefe, Servicio de Conferencias

Ms. Janice A. Barahona