



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD  
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



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

*31.ª sesión, 23 y 24 de noviembre de 1998*

---

SPP31/FR, Rev. 1 (Esp.)  
24 noviembre 1998  
ORIGINAL: ESPAÑOL

**INFORME FINAL**

## ÍNDICE

	<i>Página</i>
<b>Mesa Directiva .....</b>	<b>3</b>
<b>Apertura de la sesión.....</b>	<b>3</b>
<b>Adopción del orden del día y del programa de reuniones .....</b>	<b>4</b>
<b>Presentación y debate de los puntos del orden del día.....</b>	<b>4</b>
La violencia contra la mujer en las Américas .....	4
Informe sobre la respuesta de la OPS al huracán Mitch .....	7
Programa de Becas de la Organización Panamericana de la Salud.....	9
Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia.....	12
Contaminantes orgánicos persistentes .....	14
Evaluación de la cooperación técnica de la OPS en la Argentina.....	17
Programas de garantía de calidad de la atención de salud .....	21
Fortalecimiento de los bancos de sangre en la Región de las Américas.....	25
Factibilidad de formular una convención regional para la lucha antitabáquica.....	28
<b>Otros asuntos.....</b>	<b>29</b>
<b>Clausura de la sesión.....</b>	<b>29</b>
 Anexo A: Orden del día	
Anexo B: Lista de documentos	
Anexo C: Lista de participantes	

## INFORME FINAL

La 31.<sup>a</sup> 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 23 y 24 de noviembre de 1998.

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

### Mesa Directiva

El Subcomité eligió la siguiente Mesa Directiva para la 31.<sup>a</sup> y la 32.<sup>a</sup> sesiones:

<i>Presidente:</i>	(Dr. César Hermida)	Ecuador
<i>Vicepresidente:</i>	(Dr. Giuseppe Corcione)	Panamá
<i>Relator:</i>	(Dra. Melba Muñiz Martelón)	México

El Dr. George A. O. Alleyne (Director, Oficina Sanitaria Panamericana) fue Secretario ex officio y el Dr. Juan Manuel Sotelo (Jefe, 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, especialmente a los nuevos Miembros elegidos para integrar el Subcomité por el Comité Ejecutivo en septiembre de 1998 y a los observadores, cuya presencia era prueba de su interés y entusiasmo por la labor de la Organización. Para información de quienes asistían por primera vez, examinó las funciones del Subcomité y dijo que las sesiones de este proporcionaban un ambiente menos formal en el cual los Estados Miembros podían examinar y compartir ideas acerca de la labor de la OPS. Como en años anteriores, no todos los puntos del orden del día examinados por el Subcomité se enviarían a los Cuerpos Directivos para una decisión o resolución de estos. Algunos puntos se presentaban sencillamente con fines de información y para conocer la opinión de los Miembros con respecto a las actividades actuales y las futuras líneas de acción de la Organización. El Director esperaba que la sesión se caracterizaría por un debate vigoroso y un intercambio fructífero de ideas, que proporcionarían a la Secretaría una orientación valiosa sobre cómo hacer adelantar las diversas áreas programáticas que serían examinadas por el Subcomité.

**Adopción del orden del día y del programa de reuniones  
(Documentos SPP31/1, Rev. 1 y SPP31/WP/1)**

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

**Presentación y debate de los puntos del orden del día**

***La violencia contra la mujer en las Américas  
(Documento SPP31/6)***

La Dra. Marijke Velzeboer-Salcedo (Coordinadora, Programa de la Mujer, Salud y Desarrollo) presentó información sobre la violencia contra la mujer en las Américas y describió algunas de las actividades de la OPS, por conducto del Programa de la Mujer, Salud y Desarrollo (HDW), para ayudar al sector de la salud en los países a abordar el problema. Empezó por señalar que, aunque el problema no era nuevo, solo en fecha reciente la violencia contra la mujer se había reconocido oficialmente como un abuso contra los derechos humanos por diversas conferencias e instrumentos internacionales, en especial la Declaración de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, adoptada en 1993. Luego presentó datos que ilustraban la magnitud y los costos de la violencia contra la mujer y sus ramificaciones para la salud y el desarrollo de las mujeres y sus hijos.

Los esfuerzos de la OPS para combatir el problema se basaban en la convicción de que la violencia basada en el género era prevenible y de que podían cambiarse los conceptos sociales que a menudo llevaban a tolerar dicha forma de violencia. La Organización consideraba que el sector de la salud podía desempeñar un papel clave en el diseño, la ejecución y la evaluación de políticas nacionales para afrontar el problema. En consecuencia, HDW estaba trabajando con ministerios de salud y otras entidades normativas en los países para elaborar políticas y programas dirigidos a promover la prevención, la detección y la atención de la violencia contra la mujer. Además, había diseñado un modelo comunitario e intersectorial para la prevención de la violencia intrafamiliar, que se había ejecutado en 10 países. En el documento sobre este punto se describían las características principales del modelo y los resultados de su ejecución, así como algunas otras actividades emprendidas por el Programa para apoyar a los países a atajar el problema de la violencia basada en el género.

Para concluir su ponencia, la Dra. Velzeboer-Salcedo señaló que, en último término, la violencia contra la mujer tenía sus raíces en la discriminación basada en el género y que, por consiguiente, todo intento por afrontarla debía estar vinculado con las iniciativas dirigidas a empoderar a las mujeres. La eliminación de la violencia contra la mujer requeriría un compromiso de muchos sectores y un enfoque integrado de salud

pública en el cual participasen activamente el sector de la salud, las mujeres víctimas de la violencia y los defensores de los intereses de estas.

El Subcomité aplaudió los esfuerzos de la OPS para poner de relieve el problema de la violencia contra la mujer en la Región y elaborar métodos para hacerle frente. También estuvo de acuerdo en que el problema definitivamente estaba vinculado con la discriminación y la posición social inferior de las mujeres y que, por ende, eliminar la violencia contra ellas exigiría enfoques que fuesen más allá de la perspectiva biomédica tradicional e incorporasen una amplia variedad de factores psicosociales. Varios delegados señalaron la necesidad de facilitar adiestramiento psicosocial y en materia de salud mental al personal sanitario para que este pudiese detectar y tratar apropiadamente los casos de abuso. Se subrayó igualmente la importancia de incorporar dicho adiestramiento en los programas de estudios para la formación de los profesionales de la asistencia sanitaria.

Se recalcó que la violencia contra la mujer debe considerarse esencialmente un problema de salud pública, aunque su naturaleza multicausal reclamaba la intervención de una variedad de actores sociales. Se puso de relieve la necesidad de una mayor colaboración entre el sector de la salud y otros sectores, en especial el sistema jurídico y penal, así como entre los sectores público y privado, para combatir la violencia basada en el género en el lugar de trabajo, la comunidad y el hogar. El modelo comunitario de la OPS se consideró un buen medio para aumentar la colaboración intersectorial necesaria y lograr la participación de una variedad amplia de personas e instituciones. Al mismo tiempo, se señaló que, si bien los modelos comunitarios eran un medio eficaz de proporcionar tratamiento e intervención, se precisaban políticas y métodos nacionales para atacar las raíces del problema. Se destacó la necesidad de implantar sistemas nacionales de vigilancia y elaborar indicadores para proporcionar información exacta sobre la magnitud del problema y evaluar la eficacia de las políticas y programas concebidos para combatirlo. La comunicación social y la promoción social de dicho fenómeno se consideraron esenciales para crear conciencia del problema y privar de legitimidad la práctica de la violencia contra las mujeres.

Varios delegados citaron la necesidad de efectuar más investigaciones sobre las causas fundamentales de la violencia basada en el género, las características de los perpetradores y los factores como el consumo de bebidas embriagantes y otras drogas que a menudo se asociaban con ella. También se consideraron necesarios más estudios sobre los costos económicos y sociales de esta forma de violencia, incluidas sus consecuencias negativas para los hijos de las mujeres maltratadas. En este sentido, se señaló que las medidas para combatir la violencia contra la mujer deben verse como una inversión y no como un gasto, porque servirían para prolongar y mejorar la vida, la salud y el bienestar de las mujeres, los hombres y los niños, tanto ahora como para las generaciones futuras.

Con respecto al documento, se formularon diversas sugerencias. Varios delegados señalaron que la terminología usada para referirse a la violencia contra la mujer no era uniforme y que los términos "violencia basada en el género", "violencia por razón de sexo", "violencia doméstica" y "violencia familiar" no eran equivalentes. Se consideró que "violencia basada en el género" y "violencia contra la mujer", según las definiciones de las Naciones Unidas, eran los más claros y precisos. Se sugirió que el documento debía prestar mayor atención al grave problema de la discriminación y la violencia contra las niñas en la Región, así como a la violencia en el lugar de trabajo, el papel del alcohol y las drogas en la violencia contra la mujer, y la situación de las mujeres y las niñas en las comunidades indígenas y rurales y de las que viven o trabajan en las calles, especialmente las profesionales del sexo. Las versiones futuras del documento deberían incluir más información sobre las iniciativas para combatir la violencia contra la mujer en el Caribe. Además, se sugirió que en el documento se examinase la manera como las políticas y la legislación vigentes influían en la forma en que los proveedores de asistencia sanitaria y otros miembros de la comunidad, incluidas las propias mujeres maltratadas, hacían frente a la violencia basada en el género. El Subcomité consideró que una función clave de la OPS era la movilización de los diversos actores sociales—incluidos profesionales de la salud, organismos encargados del cumplimiento de la ley, educadores y líderes de la comunidad—cuya participación se necesitaba para poner fin a la violencia que amenazaba a las mujeres y sus hijos.

La Dra. Velzeboer-Salcedo destacó que la variación en los términos usados en el documento para referirse al fenómeno de la violencia contra la mujer se debía en parte al hecho de que diferentes países y comunidades estaban usando su propia terminología, según la naturaleza de los problemas que consideraban prioritarios; pero estaba de acuerdo en que era importante usar una terminología uniforme en los documentos de la Organización para evitar confusiones. En respuesta a un comentario de uno de los delegados acerca de un proyecto piloto emprendido en la Argentina para evaluar las diferencias en la calidad de la atención determinadas por el género, informó que el Programa de la Mujer, Salud y Desarrollo también lo estaba poniendo en práctica en cuatro países de Centroamérica. Dicho proyecto había producido mucha información útil sobre la manera en que el concepto de género influía en la relación proveedor-paciente. La funcionaria reconoció la importancia de investigar el papel del consumo de bebidas alcohólicas en la violencia basada en el género, la repercusión del problema en las niñas y los niños callejeros y otras áreas de investigación mencionadas por el Subcomité. Al revisar el documento, el Programa incluiría más información sobre la experiencia del Caribe y procuraría incorporar las sugerencias de los delegados para que fuese lo más útil posible para los Estados Miembros.

El Director señaló que la mayor parte de la experiencia de la OPS en cuanto al problema de la violencia contra la mujer se había adquirido mediante proyectos extrapresupuestarios, principalmente en Centroamérica, los cuales habían abordado el

problema sobre todo mediante un enfoque comunitario y la participación de las propias mujeres maltratadas. Por consiguiente, dicho enfoque había sido muy destacado en las primeras etapas del trabajo de la Organización. Sin embargo, estuvo de acuerdo en que también era importante considerar algunos de los factores que se correlacionaban con la violencia basada en el género mencionados por el Subcomité. Aunque reconoció que el problema debía considerarse un asunto de salud pública, no creía que los métodos ordinarios de esta serían suficientes para resolverlo. Se requerirían estrategias innovadoras. No obstante, el primer paso hacia una solución debía consistir en obtener información epidemiológica exacta y aumentar la conciencia acerca del problema mediante los métodos ordinarios de salud pública. En cuanto al efecto de la legislación sobre las respuestas a la violencia basada en el género, señaló que varios estudios habían indicado que en algunos casos las leyes vigentes en realidad desalentaban a las mujeres a denunciar el maltrato.

### ***Informe sobre la respuesta de la OPS al huracán Mitch***

A petición del Director, el Dr. Claude De Ville (Jefe, Programa de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre) presentó un informe breve sobre las medidas tomadas por la OPS en respuesta al huracán Mitch, que había causado graves inundaciones y gran devastación en Centroamérica durante octubre de 1998. El funcionario empezó por esbozar la función de las representaciones de la OPS/OMS en la respuesta a la emergencia. Una de las prioridades había sido ayudar a los ministerios de salud en los países afectados a evaluar la situación y determinar las necesidades no atendidas, para a su vez informar a la comunidad internacional y movilizar una respuesta de esta. Dichas evaluaciones se habían efectuado en colaboración con el Equipo de las Naciones Unidas de Evaluación y Coordinación en Casos de Desastre (UNDAC), el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y el Banco Mundial. La participación de la OPS en las evaluaciones había sido crucial para lograr que las necesidades sanitarias urgentes no se pasaran por alto ante las necesidades enormes de socorro y reconstrucción. La Organización había movilizado más de tres millones de dólares para las actividades de mitigación, pero quizás más importante que la movilización de recursos financieros haya sido su función de movilizar recursos técnicos de todo el mundo para ayudar a los ministerios de salud en el control de enfermedades, el manejo de suministros, el abastecimiento de agua y el saneamiento y otras áreas prioritarias.

Un motivo importante de preocupación había sido la prevención y el control de las enfermedades transmisibles después del huracán. En consecuencia, la OPS se había concentrado en la lucha antivectorial, la protección de los abastecimientos de agua y la inocuidad de los alimentos para prevenir brotes epidémicos. Al mismo tiempo, la Organización había tenido cuidado de facilitar información equilibrada y exacta al público para contrarrestar los informes sensacionalistas en los medios de comunicación de masas,

que tendían a dar la impresión de que los brotes catastróficos de enfermedades transmisibles eran inevitables.

Otra área importante había sido el manejo de los suministros médicos y otra ayuda humanitaria mediante el programa de la OPS para el manejo de suministros después de los desastres (SUMA), que constituía un medio para inventariar, clasificar y registrar los suministros que se recibían en las emergencias. El programa SUMA se había utilizado en todos los países afectados.

A más largo plazo, la Organización seguiría trabajando para lograr que las necesidades del sector sanitario—especialmente la reparación y reconstrucción de los sistemas de abastecimiento de agua y saneamiento—recibieran la prioridad que merecían en las tareas de recuperación progresiva. En conclusión, el Dr. De Ville señaló que este huracán dejaría muchas enseñanzas. En particular, a nivel país, era necesario preguntarse si el sector de la salud se había preparado suficientemente y evaluar la eficacia de las medidas de prevención y mitigación de desastres que la OPS había venido promoviendo durante los últimos años. Finalmente, anunció que del 9 al 12 de febrero de 1999 se celebraría una reunión importante en Santo Domingo para evaluar la respuesta del sector de la salud a los huracanes Georges y Mitch. Esa reunión también brindaría la oportunidad de medir la eficacia y evaluar las deficiencias de las actividades de respuesta frente a las urgencias, a fin de estar mejor preparada para desastres futuros.

El Subcomité elogió a la OPS—en particular al Dr. De Ville y al personal del Programa de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre—por su respuesta rápida y eficaz al huracán Mitch. Varios delegados señalaron que la excelente información proporcionada por la OPS había permitido a sus gobiernos saber qué tipo de asistencia sería la más útil para los países afectados. También se recalcó la importancia de la función de la OPS en la coordinación de la ayuda y el manejo de los suministros.

El Dr. De Ville agradeció a todos los países que habían respondido tan generosamente después del desastre. El Director dijo que la Organización seguiría ayudando a los países afectados de todas las maneras posibles y también seguiría sirviendo de fuente de información para que otros países supiesen cómo podrían apoyar mejor a las naciones centroamericanas en su largo proceso de reconstrucción.

***Programa de Becas de la Organización Panamericana de la Salud  
(Documento SPP31/8, Rev. 1)***

La Sra. Nancy Berinstein (Jefa, Oficina de Becas) presentó un resumen de los antecedentes y las operaciones del Programa de Becas de la OPS. Empezó por esbozar la historia y la finalidad del Programa, el cual durante casi 60 años había facilitado el intercambio internacional de conocimientos científicos y tecnología al apoyar programas



de adiestramiento para los profesionales de la salud en las Américas. Recalcó que el Programa era, primero que todo, un programa de cooperación técnica que servía para formar recursos humanos y crear capacidad en el sector sanitario de los países americanos. El Programa se originó en 1939 y se incorporó al Programa de Becas de la OMS en 1949, cuando la OPS pasó a formar parte de la Organización Mundial de la Salud como Oficina Regional para las Américas.

La Oficina de Becas, una unidad del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos, dependiente a su vez de la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, se encargaba de administrar las becas de personas de otras regiones de la OMS que venían a estudiar en las Américas y de becarios de la Región que estudiaban en los Estados Unidos, Canadá, o en otras regiones de la OMS. Antes de los años ochenta, la Oficina de Becas administraba todas las becas de las Américas, pero en 1981 se descentralizó el Programa y la responsabilidad de administrar las becas de América Latina y el Caribe se desplazó a las representaciones de la OPS/OMS.

En el documento se presentaban datos sobre el número de becas otorgadas por país, subregión y campo de estudio en años recientes. La Sra. Berinstein observó que los campos de estudio para los cuales se otorgaban becas reflejaban las orientaciones estratégicas y programáticas de la Organización y que la gran cantidad de becas otorgadas en la esfera de desarrollo de sistemas y servicios de salud durante el período 1994-1997 era indicativo de la importancia cada vez mayor asignada a la reforma sanitaria en los países y dentro de la Oficina.

Para concluir, describió tres tendencias significativas que requerirían una reorientación del Programa de Becas en el futuro para que este pudiese satisfacer mejor las necesidades de adiestramiento de los países: 1) la tendencia a dejar atrás la formación individual y preferir la formación de capacidad institucional, la cual exigía determinar cómo podrían usarse mejor las becas para ayudar a ese propósito; 2) la tendencia a preferir la gestión basada en proyectos sobre los programas verticales convencionales, la cual requería nuevas maneras de vincular o incluir el adiestramiento como un componente de un proyecto dado; 3) la atención creciente a la repercusión y los resultados, que era el resultado de los presupuestos sanitarios limitados y creaba la necesidad de concentrar el adiestramiento en esferas de gran prioridad.

El Dr. Daniel López Acuña (Director, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud) recalcó que el Programa de Becas debía verse como un mecanismo de cooperación técnica al alcance de todos los países y regiones. No era otro programa con su propia fuente de financiamiento, sino que formaba parte del programa y el presupuesto generales de la Organización. También observó que los costos administrativos del Programa se habían reducido sustancialmente mediante un arreglo de participación en

costos mediante el cual la OPS recibía financiamiento de otras regiones de la OMS para la administración de las becas otorgadas a los becarios extrarregionales, cosa que contribuía a la salud financiera de la Organización y acrecentaba la eficiencia en la administración del Programa.

El consenso del Subcomité fue que el Programa de Becas había desempeñado una función muy valiosa en el desarrollo de recursos humanos y el fortalecimiento de los sistemas de salud en los países. No obstante, se señaló que debería haber alguna metodología para medir la repercusión del adiestramiento proporcionado mediante el Programa, así como un mecanismo para lograr que los becarios regresaran a su país de origen y para determinar la manera en que los conocimientos y aptitudes que habían adquirido durante el adiestramiento se estaban aplicando para mejorar la capacidad del sector de la salud a nivel nacional. La Delegada de las Bahamas declaró que su país estaría dispuesto a servir de "laboratorio" para una evaluación de la repercusión de las becas de la OPS.

Se expresó inquietud por la disminución general del número de becas otorgadas en la Región. Sin embargo, se hizo notar que si bien algunos países utilizaban el Programa de Becas en mayor medida que otros, el porcentaje del presupuesto de la Representación destinado a dicho programa, lo determinaba cada país. Varios delegados plantearon preguntas en cuanto a la validez de los criterios de selección y su conveniencia a la luz de las necesidades cambiantes en materia de salud y los retos de la reforma sectorial. Se recalcó que, como programa de cooperación técnica que es, el Programa de Becas debe responder a las prioridades nacionales y que las becas deben ser otorgadas sobre la base de las necesidades y las prioridades nacionales. También se señaló que el Comisario de Cuentas de la OMS había expresado varias inquietudes en lo referente a los programas de becas en las diversas regiones, en particular con respecto a los criterios para la selección de los becarios y las finalidades para las que se estaban otorgando las becas. Se preguntó cuál era la cantidad de dinero que se estaba gastando para el Programa de Becas con relación a los gastos para otras actividades de cooperación técnica de la Organización.

Un delegado describió algunas modificaciones que se habían introducido a nivel nacional en su país para mejorar la eficacia de la cooperación técnica recibida mediante el Programa de Becas, como era complementar los fondos para becas con fondos nacionales de contrapartida, otorgar menos becas para períodos de adiestramiento más largos y exigir a los becarios que regresaran a las instituciones en que trabajaban antes de recibir la beca.

En respuesta a las preguntas, la Sra. Berinstein dijo que facilitaría la información sobre montos y otras estadísticas directamente a los delegados que lo habían solicitado. Estuvo de acuerdo en que el monitoreo de los becarios y la medición de la repercusión del adiestramiento recibido mediante el Programa eran muy importantes, y recibió con beneplácito la oferta de las Bahamas para servir de laboratorio con esa finalidad.

El Dr. López Acuña señaló que era importante considerar no solo el monto pecuniario que se gastaba en las becas, sino también la manera en que dichos fondos contribuían a aumentar la capacidad institucional y formar recursos humanos. También señaló que la cantidad asignada a las becas no permanecía constante a lo largo de los años sino que variaba según la prioridad asignada al Programa de Becas por cada país. Si los países decidían asignar para becas una porción sustancial de la cooperación técnica que recibían de la OPS, la cifra aumentaría. Con todo, no debía considerarse que el Programa de Becas restaba nada de los programas de cada país o regionales, sino que era un instrumento de cooperación técnica y una manera de concentrar los recursos en un fin determinado. El Programa representaba un esfuerzo conjunto entre los programas de cooperación técnica de cada país y la Oficina, en donde los propios países desempeñaban una función destacada al determinar las finalidades para las que las becas serían otorgadas, seleccionar a los candidatos y otros aspectos del Programa. Por consiguiente, para lograr la maximización del efecto y lograr que las becas contribuyeran eficazmente al desarrollo sanitario en los países, sería necesaria una estrecha colaboración entre la Oficina, los programas de país y las autoridades nacionales.

El Director observó que la disminución en el número de becas era en parte un resultado de los éxitos del Programa en el pasado. A medida que los países habían fortalecido la capacidad nacional mediante las becas de adiestramiento, cada vez era más factible que se ofreciera adiestramiento localmente en vez de enviar al personal de salud el exterior. También señaló que era sumamente difícil medir la repercusión del adiestramiento en la situación sanitaria de la población, un hecho que había sido reconocido por el Comisario de Cuentas de la OMS, cuyas inquietudes acerca del Programa de Becas estaban más relacionadas con deficiencias del proceso de selección y seguimiento y con la administración de las becas que con los efectos del adiestramiento. No obstante, la Organización seguiría esforzándose por mejorar tanto la selección como los procesos administrativos, así como la evaluación de la repercusión que los becarios tenían en el mejoramiento de la salud en sus países. En cuanto al seguimiento, señaló que la Oficina de Becas de la OPS había conseguido localizar a varios becarios que no habían regresado a su país de origen y había recuperado de ellos el dinero de la beca.

***Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia  
(Documento SPP31/3)***

El Dr. Yehuda Benguigui (Asesor Regional, Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia) examinó los antecedentes y las características principales de la estrategia de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) y describió algunos de los retos y obstáculos que se oponían a la aplicación de la estrategia en la Región de las Américas. La estrategia de AIEPI fue creada por la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) con la finalidad de reducir la mortalidad y la morbilidad en los niños menores de 5 años y mejorar la calidad de la atención en los servicios de salud y en el hogar. En la Región de las Américas, la OPS estaba colaborando con el UNICEF y otros organismos para poner en práctica la estrategia.

El Dr. Benguigui presentó una serie de estadísticas de mortalidad y morbilidad en los países de la Región, las cuales mostraron que la gran mayoría de las enfermedades y las defunciones en la niñez eran debidas a una o varias de las cinco causas contra las que está dirigida específicamente la estrategia de AIEPI: infecciones respiratorias agudas (IRA), diarrea, malnutrición, malaria y sarampión. La estrategia proporcionaba un conjunto básico de normas de evaluación, clasificación y tratamiento, que permitían al personal sanitario evaluar el estado general de salud del niño, detectar rápidamente y tratar las enfermedades prevalentes de la infancia. Por lo tanto, disminuía las oportunidades desaprovechadas para la detección y el manejo adecuado de otros problemas de salud diferentes del que había motivado la visita del niño a un servicio asistencial y brindado la oportunidad de aplicar medidas preventivas como la vacunación y el tratamiento de los problemas nutricionales. Otro componente clave de la estrategia era la educación de los padres en la detección de los signos de advertencia y en la atención del niño en el hogar.

Poner en práctica la estrategia de AIEPI en las Américas requería adaptar los materiales genéricos preparados por la OMS a la situación epidemiológica y operativa en cada país, adiestrar al personal sanitario para aplicar la estrategia y llevar a cabo la supervisión, el monitoreo y la evaluación después del adiestramiento. Desde 1996, 14 países de la Región habían empezado a poner en práctica la estrategia. Inicialmente, la aplicación se había concentrado en los países con las tasas de mortalidad infantil más altas, donde la estrategia podría tener la mayor repercusión en cuanto a disminuir la mortalidad y la morbilidad en la niñez. Sin embargo, la AIEPI también había resultado benéfica en los países que tenían tasas de mortalidad infantil relativamente bajas.

Para poner en práctica plenamente la estrategia y, de esta manera, mejorar el estado de salud de los niños de la Región y velar por que tuviesen un acceso más equitativo a una asistencia sanitaria de mejor calidad, habría que afrontar varios retos, en particular: la incorporación eficaz de la estrategia de AIEPI en los procesos de reforma

sanitaria; el compromiso ininterrumpido de los países con la estrategia para que esta se hiciese sostenible; la introducción de la estrategia de AIEPI en los programas de adiestramiento del personal sanitario; una mayor participación de las ONG en la ejecución de la estrategia; y la adaptación de la estrategia a diferentes situaciones epidemiológicas en las que tuviesen prioridad problemas diferentes de los inicialmente seleccionados como objeto de la misma.

El Subcomité consideró que la AIEPI era un método sólido para mejorar el estado de salud de los niños en las Américas y encomió el empeño de la OPS por promover la aplicación de la estrategia. Se señaló que la actividad de la Organización en ese sentido había sido un elemento importante en el progreso de la Región con miras a alcanzar las metas de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia. La estrategia de AIEPI se consideró un método válido para todos los países, independientemente de sus tasas de mortalidad infantil. Se alentó a la Organización a que siguiera buscando maneras de adaptar la estrategia a diferentes situaciones epidemiológicas e incluir componentes como la atención perinatal y los problemas de salud de los niños prematuros; la salud mental y el desarrollo psicosocial de los niños, y la atención de salud bucodental. Varios delegados indicaron que la estrategia se había adoptado oficialmente en sus países y describieron lo que se estaba haciendo para aplicarla.

Se recomendó que en las versiones futuras del documento se incluyera información más completa sobre las normas de evaluación y clasificación, y otros aspectos sobre cómo se aplicaba la estrategia en la práctica. También se sugirió que el documento incluyese una gama más amplia de ejemplos de los países, a fin de ilustrar la forma como la estrategia se estaba poniendo en práctica, y un desglose más detallado de las cifras de mortalidad infantil para reflejar las diferencias entre los países y las subregiones, así como las diferencias entre grupos de población (especialmente los grupos indígenas) dentro de los países. Se hicieron preguntas con respecto a la dinámica de la alianza interinstitucional entre la OPS y las diversas organizaciones internacionales y no gubernamentales que participaban en la iniciativa de AIEPI. Se subrayó la importancia de aprovechar las oportunidades de promover la estrategia de AIEPI en las reuniones internacionales, como la conferencia del UNICEF sobre evaluación de las metas de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia, celebrada en Lima en noviembre de 1998.

El Dr. Benguigui estuvo de acuerdo en la conveniencia de que las versiones futuras del documento incluyesen información más detallada acerca de los diversos componentes de la estrategia y sobre cómo estaba aplicándose a nivel de los servicios de salud. En cuanto a adaptar la estrategia a diferentes situaciones epidemiológicas, dijo que las actividades futuras se orientarían en dos direcciones: reducir la mortalidad infantil en los países que siguieran teniendo tasas de más de 40 por 1.000 nacidos vivos y ampliar la estrategia para abordar otros problemas de salud de los niños en los países que tuvieran una mortalidad infantil relativamente baja. Entre dichos problemas estarían la atención

perinatal, el asma y los accidentes. En lo que se refiere a la conferencia del UNICEF sobre la evaluación de las metas de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia, en Lima, indicó que se iba a presentar una propuesta para cambiar algunas de las metas establecidas en 1990 en la Cumbre, teniendo en cuenta los objetivos y los componentes de la estrategia de AIEPI.

En respuesta a los comentarios sobre la manera como la estrategia de AIEPI podría integrarse en el concepto de salud de la familia, el Dr. Benguigui observó que el Proyecto Básico de Apoyo para Institucionalizar la Supervivencia Infantil (BASICS)—en el que colaboraban la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (AID), la OPS y el UNICEF—estaba trabajando en una iniciativa de salud que se centraba en la familia en su totalidad y se basaba en la estrategia de AIEPI. En cuanto a la colaboración interinstitucional entre la OPS y otras organizaciones, indicó que el mismo grupo de organismos estaban colaborando para poner en práctica la estrategia en ocho países con tasas de mortalidad infantil  $\geq 40$  por 1.000 nacidos vivos. Esa iniciativa constituía un ejemplo excelente de integración interinstitucional con buenos resultados. Además, la OPS y el UNICEF estaban trabajando con varias ONG para preparar un conjunto de materiales comunes relacionados con AIEPI para usarlos en la comunidad.

El Director señaló que la experiencia de la Organización había demostrado que la colaboración interinstitucional verdadera en el nivel local solo podía darse si había una entidad local para coordinar las actividades de los diversos organismos. También dijo que en septiembre de 1998 había comprometido a la Organización a trabajar con los países para salvar la vida de otros 25.000 niños cada año, un compromiso que se basaba en la aplicación masiva de la estrategia de AIEPI en los países. Para alcanzar esa meta, sería necesario "comercializar" con gran empeño la estrategia, a fin de persuadir a los profesionales de la asistencia sanitaria, los funcionarios públicos, los educadores y otros colectivos en los países de que la adoptasen.

***Contaminantes orgánicos persistentes***  
***(Documento SPP31/4)***

El Dr. Luiz Augusto Cassanha Galvão (Asesor Regional, Programa de Calidad Ambiental) presentó información sobre los problemas planteados por los contaminantes orgánicos persistentes (COP) y los esfuerzos para afrontarlos que se habían desplegado en los ámbitos internacional, regional, subregional y de país. Según explicó, los COP eran compuestos orgánicos tóxicos muy estables que resistían la degradación y, por consiguiente, persistían durante años en el ambiente, donde contaminaban el aire, los alimentos, el agua y el suelo. Es más, los COP liberados en una parte del mundo podían ser transportados por la atmósfera a regiones alejadas de la fuente original. En los seres humanos, la exposición a los COP se asociaba con anormalidades de la salud reproductiva

y defectos congénitos, cáncer y posible daño al sistema inmunitario. Por consiguiente, se consideraban sustancias peligrosas que requerían la adopción de medidas prioritarias.

Con posterioridad a la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Ambiente y el Desarrollo (CNUMAD) y la adopción del Programa 21, en 1992, se habían tomado varias medidas a nivel internacional en respuesta al problema de los productos químicos tóxicos, incluidos los COP. Entre las más dignas de mención estaban el establecimiento, en 1994, del Foro Intergubernamental sobre Seguridad Química; la creación, en 1995, del Programa Interinstitucional de Gestión Racional de los Productos Químicos (IOMC); y la adopción, en 1997, de la resolución WHA50.13, titulada “Fomento de la seguridad química, con especial atención a los contaminantes orgánicos persistentes”. En esta última se exhortaba a los Estados Miembros de la OMS a que hiciesen participar a los funcionarios de salud competentes en los esfuerzos nacionales de seguimiento y aplicación de las decisiones de los órganos rectores del Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA) y de la OMS relativas a los contaminantes orgánicos persistentes, y se pedía al Director General que prestara cooperación técnica a los Estados Miembros para el intercambio de información sobre los productos químicos tóxicos y la puesta en práctica de programas para la gestión ecológicamente racional de los productos químicos.

En la Región de las Américas, se habían celebrado dos talleres sobre el tema, patrocinados por el IOMC. Una de las conclusiones fundamentales de dichos talleres había sido que los países a menudo carecían de información acerca de las fuentes y la liberación de los COP y que había una escasez grave de laboratorios debidamente equipados y personal adecuadamente adiestrado en la gestión de los COP y otros productos químicos peligrosos. En varios países se habían llevado a cabo estudios de casos en el seno de un proyecto patrocinado conjuntamente por la OPS y el Organismo para la Protección del Medio Ambiente (EPA) de los Estados Unidos. Además, los gobiernos del Canadá, México y los Estados Unidos habían elaborado el Plan de Acción Regional de América del Norte para el Manejo del DDT, que tenía como finalidad reducir la exposición humana al DDT y las concentraciones de este producto químico en el ambiente.

En el documento se proponían varias actividades para la cooperación técnica de la Oficina al abordar los problemas asociados con los COP y dar cumplimiento a la resolución WHA50.13. El primer grupo de actividades estaba orientado a ayudar a los ministerios de salud a encontrar opciones al uso de los COP para fines de salud pública, como la lucha antivectorial; reducir o eliminar el uso de los plaguicidas; y eliminar las reservas no deseadas de los plaguicidas, especialmente el DDT. Otras actividades incluían el desarrollo de sistemas de información epidemiológica y toxicológica, la promoción de la investigación sobre los COP y el intercambio de información y capacidad técnica entre los países. En el documento se daban mayores detalles acerca de las actividades propuestas.

El Subcomité estuvo de acuerdo en que los contaminantes orgánicos persistentes planteaban un problema muy grave que exigía la adopción de medidas a nivel mundial y participación intersectorial. Varios delegados comentaron que la naturaleza transfronteriza de ciertos COP ponía de relieve la importancia de la cooperación entre los países y la necesidad de orientación por parte de las organizaciones internacionales como la OPS. La difusión de la información y el fomento del intercambio de capacidad técnica se calificaron como funciones claves para la Oficina. El Subcomité también externó la opinión de que el sector de la salud en los países tenía un papel importante que desempeñar educando a quienes utilizaban estos productos en sus ocupaciones y promoviendo la reglamentación gubernamental de su uso, así como informando a otros ministerios y dependencias de gobierno sobre los efectos de los COP sobre la salud. Otra función esencial de los ministerios de salud era proporcionar información exacta al público acerca de los riesgos para la salud asociados con los plaguicidas y otros productos químicos tóxicos. Se señaló que era importante concientizar a las personas acerca de los riesgos y promover opciones al uso de los plaguicidas, pero sin generar alarma indebida ni pánico. Varios delegados describieron lo que se estaba haciendo en sus países para abordar el problema y ofrecieron intercambiar sus experiencias e información con otros países y con la Oficina.

Se mencionaron varios estudios acerca de los efectos de los COP sobre la salud, en particular una investigación en el Ártico en que participaban el Canadá, los Estados Unidos y otros seis países, la cual había revelado una acumulación preocupante de COP en los peces y la fauna silvestre que constituían la base del régimen alimentario de las poblaciones indígenas de la región. Se anunció que en enero de 1999 se celebraría en Ginebra un taller de evaluación científica y técnica de los COP, bajo los auspicios del PNUMA, con la intención de producir una evaluación integral basada en datos regionales de las amenazas que las sustancias tóxicas persistentes planteaban para el ambiente y la salud humana.

En cuanto al documento, el Subcomité consideró apropiadas las actividades de cooperación técnica propuestas. Se hicieron varias sugerencias para mejorar determinados aspectos del documento, entre ellas la incorporación de más información sobre los efectos de la exposición crónica de bajo nivel a los plaguicidas organoclorados. Se expresó apoyo para la propuesta de reducir progresivamente el uso del DDT y promover métodos alternativos para el control de los vectores de la malaria. Sin embargo, se señaló que el documento también debía subrayar la importancia de evaluar los efectos sobre la salud y la eficacia en función de los costos de cualquier método alternativo que se propusiera. El Delegado de México proporcionó datos adicionales sobre los residuos de DDT en el tejido graso y la leche materna para complementar y actualizar la información incluida en el documento. También sugirió que se incluyese información sobre otros dos acuerdos de cooperación ambiental entre Canadá, México y los Estados Unidos: el Plan de Acción Regional de América del Norte para el Manejo de los Bifenilos Policlorados (PCB), que



pretendía prácticamente eliminar los PCB en el ambiente y lograr la gestión racional de los PCB existentes, y el Plan de Acción Regional de América del Norte para el Manejo del Clordano, que se proponía reducir la exposición al clordano y revocar todos los usos autorizados de la sustancia que aún estaban vigentes.

El Dr. Galvão agradeció a los delegados sus ofertas de información y los datos adicionales sobre el DDT. Observó que, en aras de la brevedad, se habían incluido relativamente pocas estadísticas en el documento preparado para el Subcomité, pero que la versión revisada contendría datos más completos así como información más extensa sobre las actividades subregionales e interpaíses para reducir la exposición a las sustancias tóxicas diferentes del DDT, incluidos los dos planes de acción de América del Norte mencionados por la delegación mexicana. Se agregaría asimismo otra información sobre los efectos crónicos de la exposición a los COP que obraba en poder del Programa de Calidad Ambiental. En respuesta a los comentarios referentes a la función de la Organización en la difusión de información, señaló que diversos proyectos y estudios, especialmente en Centroamérica y Brasil, habían proporcionado un buen modelo de cómo obtener datos y proveer a los países la información que necesitaban. Un reto en el futuro sería la confección de mejores indicadores de la calidad ambiental, cosa que mejoraría aun más la calidad de la información que proporcionaba la Organización.

***Evaluación de la cooperación técnica de la OPS en la Argentina***  
***(Documento SPP31/9, Rev. 1)***

Las ponencias sobre este punto del orden del día corrieron a cargo del Dr. Argentino Luis Pico (Subsecretario de Política de Salud y Relaciones Internacionales, Ministerio de Salud y Acción Social, Argentina) y el Dr. Henri Jouval, Jr. (Representante de la OPS/OMS en la Argentina). El Dr. Pico describió las políticas de salud, el modelo de asistencia sanitaria, el proceso de reforma sectorial y la función que la cooperación técnica de la OPS desempeñaba en el país. Las cuatro principales líneas de política de salud del país eran: 1) la transformación de la cultura institucional del sector sanitario en general, con miras a lograr la meta de salud para todos cuanto antes y con la mayor eficiencia posible; 2) la transformación del modelo de asistencia sanitaria, con el fin de lograr mayor equidad, acceso, cobertura, eficiencia y calidad de la atención; 3) la asignación de prioridad a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades; 4) la transformación estructural del sector mediante la descentralización operativa y la centralización normativa, el federalismo y la coordinación entre los subsectores público, privado y de seguridad social.

En el proceso de reforma sectorial, el Ministerio de Salud y Acción Social había asumido una función de rectoría, control y regulación en los tres subsectores. Al mismo tiempo, había renunciado a sus funciones operativas, descentralizando a otros niveles toda la responsabilidad de los aspectos asistenciales. La cooperación técnica de la Oficina

Sanitaria Panamericana (OSP) había sido muy importante en el proceso de cambio estructural y reforma sectorial. Los principales objetivos que se perseguían mediante la cooperación técnica prestada por la Organización eran el fortalecimiento institucional y el desarrollo de las áreas prioritarias de acción, que en su mayoría coincidían con las orientaciones estratégicas y programáticas de aquella. Un elemento clave que acrecentaba la eficacia de la cooperación técnica de la OSP en la Argentina era la participación del Representante de la OPS/OMS como asesor en órganos consultivos y de formulación de políticas de alto nivel, entre ellas comisiones legislativas sanitarias y diversas comisiones relacionadas con la salud dentro de la rama ejecutiva del gobierno.

El Dr. Pico describió algunos programas y actividades llevados a cabo en las siguientes áreas prioritarias de acción durante el período de seis años (1992-1998) abarcado por la evaluación de la cooperación técnica de la OSP: liderazgo, planificación y gestión sectorial; reglamentación y control sanitarios; transformación del modelo de asistencia sanitaria; reducción de riesgos evitables; salud ambiental; desarrollo de instituciones docentes y de investigación y fortalecimiento de los organismos descentralizados; fortalecimiento de la cooperación internacional y la cooperación técnica entre países; y fortalecimiento de las relaciones institucionales dentro del sector sanitario y entre este y otros sectores, incluida la sociedad civil.

La cooperación técnica de la OSP había contribuido a alcanzar varios logros importantes durante el período examinado. Entre los destacados por el Dr. Pico estaban la reformulación del modelo de asistencia sanitaria; la creación de la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT); el fortalecimiento del sistema de información sanitaria; la aplicación de la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) en todo el país; la transferencia de tecnología para permitir la producción de la vacuna contra la fiebre hemorrágica (Candid 1); el fortalecimiento del sistema de reglamentación de la calidad del agua y el saneamiento; la elaboración del perfil de seguridad química nacional; y la ejecución de la estrategia de AIEPI. Además, la eficiencia y la eficacia del Ministerio de Salud y Acción Social se habían mejorado mediante la descentralización de algunas funciones, la reducción del tamaño y la recanalización de los recursos.

En el futuro, los esfuerzos se concentrarían en seguir la reestructuración de la cooperación técnica en la Argentina y consolidar un enfoque holístico, sistémico e integrado, adaptando la cooperación a las características y necesidades del país, optimizando los recursos de cooperación y, sobre todo, fortaleciendo la capacidad rectora y el liderazgo del sector de la salud en el trabajo sectorial y extrasectorial.

Finalmente, el Dr. Pico mencionó varios elementos que habían facilitado el logro de los éxitos mencionados, en particular: la estabilidad política y la continuidad dentro del Ministerio de Salud y Acción Social y en el país en su totalidad; la buena coordinación y la

cohesión dentro del Ministerio; la existencia de metas y objetivos explícitos establecidos por consenso; y el alto nivel técnico y científico, la experiencia y el compromiso de la Representación de la OPS/OMS y los numerosos consultores de la OSP que habían prestado servicios al país.

El Dr. Jouval afirmó que el trabajo de la Representación de la OPS/OMS se había facilitado enormemente por la continuidad dentro del Ministerio y por el apoyo y la cooperación recibidos de los funcionarios de salud a todos los niveles. La situación en la Argentina durante el período de evaluación se había caracterizado por cambios estructurales profundos y la reforma sectorial, lo cual había exigido cambios en la configuración de la cooperación técnica de la OSP. En consecuencia, esta última se había orientado principalmente a proporcionar apoyo y satisfacer las necesidades desatendidas en el proceso de transformación estructural mediante la transferencia de tecnología y el suministro de información. En el contexto de la globalización cada día mayor, la OSP también había procurado promover la articulación y cooperación transfronterizas entre los países.

A continuación, el funcionario presentó estadísticas del porcentaje de la cooperación que se había dedicado a cada área prioritaria de acción mencionada por el Dr. Pico, el número de consultores, las publicaciones técnicas producidas por conducto de la Representación de la OPS/OMS en la Argentina y el porcentaje de ejecución del presupuesto por proyecto, que había promediado cerca de 90%. Estos datos figuraban en el documento. Para finalizar señaló que la Representación había reducido sustancialmente sus costos administrativos mediante la introducción de mejores prácticas de gestión, la contratación externa de diversos servicios, la reducción del personal nacional y temporal, las mejoras en el sistema de comunicación y otras medidas.

El Subcomité consideró las exposiciones muy informativas e instructivas y recomendó que los informes sobre la cooperación técnica de la OSP en otros países se presentasen periódicamente en sesiones futuras. El Subcomité se mostró impresionado con el grado y diversidad de la cooperación técnica de la Organización en la Argentina. Se señaló que la cooperación debía caracterizarse por la flexibilidad y la variedad para responder a las necesidades de los países en una amplia gama de áreas. Varios delegados recalcaron la importancia de la función de la Oficina como un catalizador para la cooperación técnica entre países y mencionaron los proyectos de cooperación técnica que sus países habían emprendido con la Argentina, la mayoría de ellos con apoyo de la OSP. El éxito alcanzado por la Representación al reducir los costos administrativos al mismo tiempo que aumentaba la variedad y el número de servicios prestados se vio como un modelo a emular tanto por otras oficinas de país de OPS/OMS como por las dependencias gubernamentales en los países.

Se pidió a los doctores Pico y Jouval que describieran cualquier dificultad técnica, política y administrativa que hubiesen encontrado durante el período evaluado y explicasen cómo la habían encarado. Además, al Dr. Jouval se le solicitó que comentara más a fondo de qué manera la cooperación técnica de la Organización en la Argentina había ayudado a apoyar y mejorar las funciones normativas del Ministerio de Salud y Acción Social.

El Dr. Pico dijo que en más de treinta años como funcionario de salud en la Argentina jamás se había encontrado con tan alto grado de compromiso y respuesta a las necesidades de cooperación técnica del país como había experimentado en su trato con el Dr. Alleyne, el Dr. Jouval y todos los funcionarios de la Organización. Por consiguiente, señaló que sinceramente no había habido ningún problema ni conflicto de importancia durante el período evaluado.

El Dr. Jouval estuvo de acuerdo en que no había ningún conflicto en la relación entre la Representación de la OPS/OMS y el Gobierno de la Argentina. No obstante, el funcionamiento de una organización internacional como la OPS en un país soberano y democrático entrañaba siempre ciertas dificultades. Era el país el que determinaba cuáles políticas, estrategias y acciones había que proseguir, y la función de la Organización era proporcionarle el apoyo necesario. Si bien la OPS podría practicar la promoción de la causa de la salud, nunca debía involucrarse en el activismo político ni pretender dictar la política, lo cual era competencia exclusiva del gobierno del país.

Una área en la cual el representante se había encontrado con alguna dificultad había sido al tratar de cambiar la tendencia tradicional a considerar a la OPS como un organismo con vastos recursos que podían responder a las necesidades de todos, lo que era imposible, especialmente en un país grande como la Argentina. Más bien, era necesario concentrar la cooperación de la Organización en las áreas en las cuales podría tener la mayor repercusión. Otra dificultad estribaba en colaborar con otros sectores sin menguar la eficacia del sector de la salud. Por consiguiente, era esencial fortalecer los ministerios de salud para velar por que, en las iniciativas intersectoriales, el sector sanitario siguiera ejerciendo el liderazgo en los asuntos de su competencia. En cuanto a las preguntas concernientes a las funciones normativas del Ministerio, señaló que el sector de la salud en los países de América Latina por mucho tiempo se había orientado más hacia la prestación de servicios de salud que hacia la elaboración y la aplicación de los reglamentos sanitarios. En consecuencia, era necesario ayudar a los países a crear mecanismos legislativos y normativos y mejorar su capacidad para monitorear los reglamentos y velar por su cumplimiento.

El Director estuvo de acuerdo en que la variedad debía ser un sello distintivo de la cooperación de la Oficina, ya que la OPS se guiaba por las prioridades establecidas por los países. La Organización nunca pretendería imponer prioridades a los Estados Miembros. Podría haber ciertas actividades y mandatos que todos los países habían acordado que la

Organización debía llevar a cabo a nivel regional, pero a nivel de país siempre se procuraba responder a las prioridades nacionales. También concordó en que era muy útil incluir esporádicamente evaluaciones de la cooperación técnica en el orden del día del Subcomité porque ello servía para informar a los Estados Miembros acerca de la variedad y los medios de la cooperación en los diversos países. En cuanto a la reducción de los costos administrativos en la Representación de la OPS/OMS en la Argentina, el Dr. Alleyne recalcó que la Organización estaba buscando constantemente maneras de reducir tales costos para poder dedicar más dinero a la cooperación técnica con los países. Esperaba que los Cuerpos Directivos respaldaran que la Oficina siguiese procurando hacer tales economías, en vez de adoptar el criterio de que tenían que imponerse reducciones. La Oficina estaba firmemente comprometida con el aumento de la eficiencia administrativa, no como un fin en sí mismo sino como un medio de permitir que la Organización alcanzara su propósito básico: ayudar a los países a mejorar la salud de su pueblo.

***Programas de garantía de calidad de la atención de salud  
(Documento SPP31/7)***

El Dr. Daniel López Acuña reseñó lo que la Oficina había venido haciendo para apoyar a los países en la búsqueda de maneras de garantizar la calidad de los servicios de salud y reducir las inequidades en materia de salud y el acceso a servicios de salud de alta calidad. Para elaborar programas de garantía de la calidad era preciso definir el concepto de calidad. En términos generales, por “calidad” se entendía el conjunto de características de los bienes y servicios que satisfacían las necesidades y expectativas de los usuarios de servicios de salud. Todo análisis de la calidad debía examinar no solo la estructura de la asistencia sanitaria (es decir, los recursos materiales y humanos utilizados y las normas, políticas y legislación pertinentes), sino también el proceso de proporcionar la atención y la repercusión y los resultados de esta.

Al evaluar la calidad de la atención debían tenerse en cuenta muchas variables, especialmente las aptitudes y la competencia del proveedor; la idoneidad y la eficiencia de la atención; la eficacia del tratamiento o el servicio prestado; la accesibilidad del establecimiento de atención de salud; la seguridad y la mitigación de los riesgos potenciales al paciente; y el carácter aceptable de la atención en función de las expectativas del paciente, el proveedor y el organismo que costeara la atención. Además, era necesario considerar factores socioculturales, étnicos y de género, que influirían en las percepciones de la calidad, así como la inquietud creciente por los derechos de los pacientes y las demandas sociales de una mejor asistencia sanitaria. En consecuencia, de conformidad con una definición operativa que intentaba tener en cuenta las diversas dimensiones y variables que entraban en juego, la calidad podría definirse como la evaluación apropiada y el tratamiento eficaz de cada usuario del servicio, con una disminución de los posibles riesgos al mínimo y combinando las funciones educativas y

asistenciales para permitir al paciente lograr el mejor resultado posible desde los puntos de vista clínico, funcional y psicosocial.

Al elaborar programas eficaces de garantía de la calidad, las autoridades sanitarias de los países se enfrentaban con varios retos, entre los que destacaban los siguientes: desplazar el foco de interés de los criterios e indicadores de la estructura para concentrarlo en los criterios e indicadores de proceso y, sobre todo, en los resultados; incorporar un componente de calidad percibida y de calidad técnica; vincular la garantía de la calidad a la educación continua y la recertificación de los profesionales de la salud; incorporar los procesos de evaluación de la tecnología y la medicina basada en datos probatorios; elaborar puntos de referencia para medir la calidad y mecanismos de apoyo para este fin; combinar la evaluación de los requisitos previos para la atención de calidad (establecimientos, organización, personal y normas o pautas) con la evaluación de los factores de desempeño y los efectos de la atención; e idear maneras de medir los resultados atribuibles a los servicios de salud. Por encima de todo, era esencial no confundir los instrumentos de garantía de la calidad con los fines perseguidos. Las medidas como la acreditación de los profesionales y los establecimientos de la asistencia sanitaria, la educación continua y el establecimiento de normas no eran fines en sí mismas, sino instrumentos para lograr el fin último de los programas de garantía de la calidad: intervenciones de asistencia sanitaria más eficaces y mayor satisfacción de los usuarios.

Varios países americanos estaban elaborando programas de garantía de la calidad en el contexto de la reforma sanitaria y en respuesta a la necesidad de contener los costos de la asistencia sanitaria así como a las demandas públicas de un mejor acceso a servicios de salud de calidad más alta. En el documento se describían las características principales de las iniciativas que estaban en marcha en cuatro países. También se definían las áreas decisivas en las cuales la OSP creía que podría apoyar mejor a los países mediante la cooperación técnica, y se proponía una serie de estrategias para la cooperación a los niveles regional y de país. Se pidió la opinión del Subcomité con respecto a las áreas decisivas en que los países necesitaban cooperación técnica de la OSP para la creación de programas de garantía de la calidad y acerca de la idoneidad de las estrategias propuestas.

El Subcomité calificó de oportunos y pertinentes tanto el documento como la ponencia sobre la garantía de la calidad y consideró que las estrategias propuestas eran apropiadas. Las estrategias en relación con el establecimiento de un centro de distribución de información e intercambio de experiencias se consideraron particularmente importantes. La movilización de los recursos técnicos y económicos necesarios para apoyar la investigación y el desarrollo de programas de garantía de la calidad se consideraron otra función clave de la OPS. La estrategia consistente en movilizar el apoyo intersectorial y forjar alianzas con otros organismos e instituciones también se conceptuó como válida, ya que la garantía de la calidad era un área amplia que exigía el concurso de una amplia gama de participantes. Se mencionó que quizá fuese aconsejable enumerar por orden de

importancia las estrategias mencionadas en el documento, pues la lista era larga. También se señaló que el documento en realidad no definía qué era la calidad de la atención y, si bien se reconoció que la calidad era un concepto difícil de definir, una definición más precisa era imprescindible para medir la eficacia de los programas de garantía de la calidad. Al mismo tiempo, se recalcó que las normas de calidad no podían ser la mismas para todos los países ni siquiera para todas las zonas del mismo país. Así pues, la Organización debería ofrecer un “menú” de posibilidades de cooperación técnica para apoyar a los países en la implantación de programas de garantía de la calidad que fuesen idóneos para sus necesidades y prioridades particulares.

Se recalcó la importancia de lograr la satisfacción de los usuarios, respetar los derechos de los pacientes y concentrarse en obtener mejores resultados. Se señaló que, para mantener una calidad sistemáticamente alta en la asistencia sanitaria, era necesario incorporar el concepto de garantía de la calidad en el adiestramiento del personal de salud, a objeto de crear una cultura de la calidad y la excelencia. Aun cuando el Subcomité estuvo de acuerdo en que era esencial no confundir los instrumentos de la garantía de la calidad con los fines establecidos, la puesta a punto de los instrumentos se consideró importante para mejorar los programas de garantía de la calidad y, por lo tanto, facilitar el logro de los fines deseados. Varios delegados mencionaron que la acreditación y recertificación de los profesionales de la asistencia sanitaria y de los hospitales eran buenos instrumentos de garantía de la calidad. Otros instrumentos sugeridos fueron el examen de los expedientes clínicos para determinar si se estaban siguiendo las normas de evaluación y tratamiento recomendadas; el monitoreo de las infecciones nosocomiales; y el análisis de las quejas de usuarios y los resultados de los grupos de opinión para determinar la manera como los usuarios de servicios de salud percibían la calidad de la atención y cómo se les podría atender mejor. Varios delegados recalcaron la necesidad de programas de gestión de calidad total que abarcasen todos los aspectos de la asistencia sanitaria, tanto en el sector público como en el privado. La evaluación de tecnologías y el control de la calidad de los dispositivos y el equipo médicos también se consideraron aspectos esenciales de los programas de garantía de la calidad de la asistencia sanitaria.

Varios delegados describieron las iniciativas de garantía de la calidad que estaban en marcha en sus países y ofrecieron intercambiar sus experiencias con otros países. En la mayoría de los casos, esas iniciativas se estaban llevando a cabo en el marco de los procesos de reforma sanitaria.

El Dr. López Acuña se manifestó complacido de que el Subcomité hubiera expresado su apoyo decidido al trabajo de la Organización en el área de la garantía de la calidad. Subrayó que la cooperación técnica de la OPS siempre estaba destinada a apoyar a los países y responder a sus necesidades. La Organización nunca intentaría imponer un programa de acreditación o normas de calidad en ningún país; antes bien, el objetivo era crear un conjunto de instrumentos regionales, que luego podría adaptarse a nivel nacional

para ayudar a los países a implantar programas de garantía de la calidad adaptados a sus necesidades y a las características de sus sistemas de salud. En cuanto a la idea de establecer un centro de distribución de información sobre garantía de la calidad, explicó que el objetivo era compilar y analizar información sobre el tema con miras a identificar experiencias fructuosas e infructuosas en la creación de programas de garantía de la calidad y extraer la información que sería de mayor utilidad a los países. Para llevar a cabo esa estrategia y movilizar más recursos técnicos y financieros, la Organización recabaría financiamiento extrapresupuestario. También procuraría incorporar a otros asociados.

El funcionario señaló que varios delegados habían mencionado la importancia de los derechos de los pacientes, que la OPS consideraba una parte integral de la promoción de los programas de garantía de la calidad. También subrayó que la garantía de la calidad estaba cada vez más vinculada con la educación continua, la certificación y la recertificación de los profesionales de la salud, esfera en la cual los países del Caribe habían logrado adelantos dignos de mención, en particular al armonizar los criterios para la concesión de licencias a los profesionales de la salud. Sus iniciativas podrían servir de modelo para otras subregiones.

El Director volvió a recalcar que la Organización nunca pretendería imponer normas de calidad en los países. Su función era cooperar con estos para que elaborasen sus propias normas y programas. Dijo que algunos podrían cuestionar si una organización como la OPS, preocupada principalmente por los temas de la salud pública, debía participar en un área tan estrechamente relacionada con la asistencia individual. Sin embargo, él creía que los temas afines a la garantía de la calidad en la prestación de la asistencia sanitaria a los individuos tenían una importancia enorme para los países; la Organización, por consiguiente, no podía permitirse pasarlos por alto. Además, era importante recordar que lo público estaba constituido por individuos. Una de las dificultades intrínsecas a la implantación de programas de garantía de la calidad era cómo cuantificar el valor de la atención. La eficacia de las intervenciones de salud pública se medía en general por los resultados, y los indicadores y técnicas para medir la forma en que la sociedad se beneficiaba de las mejoras en la salud de la población se habían venido perfeccionando con el transcurso del tiempo. Por el contrario, los instrumentos para medir los beneficios que reportaban a la sociedad las mejoras en la salud individual no estaban aún bien desarrollados. Esta, por cierto, sería un área importante de investigación en el futuro.



***Fortalecimiento de los bancos de sangre en la Región de las Américas  
(Documento SPP31/5)***

El Dr. José Ramiro Cruz (Asesor Regional, Servicios de Laboratorio y Sangre) resumió la cooperación de la Oficina con los países para fortalecer los bancos de sangre y velar por que la sangre y los productos sanguíneos no entrañasen riesgo en la Región. Empezó facilitando información general sobre la naturaleza de la medicina de transfusiones y la función de los bancos de sangre en la obtención, el procesamiento, el almacenamiento, la distribución y la garantía de la calidad de los productos sanguíneos que se usaban en el tratamiento de los pacientes con trastornos médicos graves que no podían ser tratados por otro medio. Dado que varios agentes infecciosos podían transmitirse por medio de la sangre, era esencial que toda la sangre donada se examinara para descartar la presencia de agentes patógenos. De especial interés eran el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), el virus de la hepatitis B (VHB), el virus de la hepatitis C (VHC) y los microorganismos que causaban la sífilis y la enfermedad de Chagas.

Un elemento clave de la garantía de la calidad de los productos sanguíneos era la captación y la selección de los donantes, pero muchos bancos de sangre de la Región presentaban acentuadas deficiencias en estos aspectos. Los donantes voluntarios no remunerados que donaban sangre reiteradamente se consideraban en general la opción con menos riesgos, pero en muchos países solo una pequeña proporción de los donantes eran voluntarios. Después que la sangre se obtenía de los donantes, debía examinarse para descartar la presencia de agentes infecciosos (tamizaje) y someterse al análisis inmunohematológico para determinar con exactitud el grupo sanguíneo. Sin embargo, también en este caso muchos bancos de sangre mostraban deficiencias tanto en el porcentaje de sangre examinada como en la calidad de las pruebas serológicas. Otro grave problema en muchos países era la falta de un programa de garantía de calidad total para proteger no solo a los pacientes que recibían sangre donada, sino también a los donantes y al personal que manipulaba la sangre en los bancos de sangre. El Dr. Cruz presentó una serie de estadísticas acerca de la proporción de donantes voluntarios, el porcentaje de donaciones sanguíneas sometidas a tamizaje, y la prevalencia de marcadores de infección transmitida por transfusión (ITT) sanguínea presentes en la sangre donada en ciertos países de América Latina y el Caribe.

De acuerdo con las orientaciones estratégicas y programáticas de la Oficina para el período 1999-2002, la OSP estaba trabajando con comisiones y programas nacionales relacionados con el tema para fortalecer los bancos de sangre en la Región. Las actividades se habían concentrado principalmente en las cinco áreas siguientes: 1) promoción del establecimiento de un marco jurídico para regular las operaciones de los bancos de sangre y prohibir el pago a los donantes; 2) evaluaciones externas del desempeño de las pruebas serológicas para mejorar la calidad del tamizaje por este medio en los bancos de sangre de referencia; 3) promoción de los programas nacionales de

garantía de la calidad; 4) elaboración de un conjunto de normas regionales para el trabajo de los bancos de sangre, que se publicaron en junio de 1998; 5) promoción de programas de educación a distancia para el adiestramiento en servicio del personal de los bancos de sangre. El Dr. Cruz recalcó que las actividades de la Organización encaminadas a fortalecer los bancos de sangre eran parte de una colaboración interna que incluía los programas de Servicios de Laboratorio y Sangre; Enfermedades Transmisibles; SIDA/Enfermedades de Transmisión Sexual; y Políticas Públicas y Salud.

Las actividades futuras se dirigirían a lograr que toda la sangre donada en la Región se tamizara para descartar la presencia del VIH, el VHB, el VHC y marcadores de sífilis, así como de *Trypanosoma cruzi* en las áreas donde la enfermedad de Chagas constituía un problema de consideración. Además, el Programa Regional de Evaluación Externa del Desempeño de la Serología de Infecciones Transmitidas por Transfusiones se fortalecería con miras a mejorar la exactitud del tamizaje serológico, y se promoverían y apoyarían los programas nacionales de garantía de la calidad. Otra línea importante de acción sería la promoción de la donación sanguínea voluntaria, no remunerada y repetida. A nivel de país, el análisis de los costos de la elaboración de productos sanguíneos se promovería con miras a mejorar la equidad, la eficiencia y la eficacia en la asignación y el uso de los recursos. El funcionario señaló a la atención del Subcomité varias preguntas planteadas en el documento en cuanto a la función que los ministerios de salud deben tener con relación a estas áreas de actividad e invitó a los delegados a que expresaran sus opiniones y comentarios sobre la forma como la OSP podría ayudar mejor a los países en sus empeños por fortalecer los bancos de sangre a nivel nacional.

El consenso del Subcomité fue que los ministerios de salud en los países deberían desempeñar una función destacada en la reglamentación y vigilancia de las actividades relacionadas con la obtención, el tamizaje, el procesamiento, la distribución y el uso de la sangre y los productos sanguíneos para transfusión. Otra función crucial de los ministerios era la información y la educación del público acerca de la inocuidad y los beneficios de la donación sanguínea como un medio de promover la donación voluntaria no remunerada. Como funciones importantes para la Oficina, el Subcomité agregó la difusión de información y el intercambio de experiencias, la formulación de normas y procedimientos para el tamizaje de la sangre, la confección de mensajes sociales y la realización de campañas educativas para ayudar a los países a promover la donación voluntaria. Varios delegados recalcaron que, tras la aparición de nuevas infecciones transmitidas por la sangre y el desarrollo de nuevas tecnologías para detectarlas, sería particularmente importante la difusión de información por la Oficina.

En cuanto al contenido del documento, se formularon varias sugerencias. Se señaló que debía modificarse una afirmación contenida en el documento, según la cual solo una proporción pequeña de los donantes de sangre en la Región de las Américas eran voluntarios, ya que en el Canadá y los Estados Unidos prácticamente todos los donantes

eran voluntarios no remunerados. También se sugirió que el documento debía mencionar la necesidad de incorporar las normas para uso racional de la sangre en los programas de estudios de las escuelas que enseñaran medicina de transfusiones. Además, se señaló que el documento no recalca la necesidad de usar envases estériles en la obtención y el procesamiento de la sangre ni contenía información sobre el período silente, durante el cual los donantes infectados podrían dar negativo, o sobre las técnicas como la prueba de amplificación genómica, que podría detectar infecciones en una etapa muy incipiente y por lo tanto reducir el riesgo de que la sangre infectada se pudiera usar para transfusión.

Varios delegados describieron lo que se estaba haciendo en sus países para mejorar el sistema de obtención de sangre y mencionaron algunas de las enseñanzas que se habían aprendido. Un delegado señaló que, si bien las pruebas obligatorias del VIH habían ayudado a mejorar la seguridad del suministro de sangre en su país, también había desanimado a algunos donantes, lo cual había dado lugar a una escasez de sangre. Además, se señaló que las funciones de garantía de la calidad no debían ser cumplidas por el personal operativo en los bancos de sangre y que, en condiciones ideales, los programas de garantía de la calidad debían estar totalmente separados de las funciones operativas.

El Dr. Cruz señaló que la mayoría de los comentarios del Subcomité se habían dividido en dos categorías: los donantes y el uso apropiado de la sangre, las cuales constituían aspectos cruciales del fortalecimiento de los bancos de sangre. Aclaró que la información contenida en el documento sobre los donantes voluntarios se refería a América Latina y el Caribe. En cuanto a la captación de donantes, recalcó que la educación del público era imprescindible para disipar las concepciones erróneas acerca de la donación sanguínea, como la idea comúnmente expresada de que los donantes podían contraer una infección al donar. Estuvo de acuerdo en que la educación de los profesionales en materia de medicina de transfusiones también era necesaria para racionalizar el uso de la sangre e impedir su desperdicio o uso ineficaz. Sin embargo, la educación del público y de los profesionales sería un proceso prolongado, y muchos aspectos del mismo escaparían al control directo de los ministerios de salud. En consecuencia, en el corto plazo el mejor medio de fortalecer los bancos de sangre y prevenir las infecciones transmitidas por la sangre consistía en mejorar la selección de los donantes y el tamizaje, cosas ambas que sí encajaban dentro de las atribuciones de los ministerios de salud. Por consiguiente, la OPS estaba dirigiendo sus esfuerzos principalmente a apoyar a los ministerios en esas dos áreas. El objetivo era lograr que la totalidad de la sangre donada en la Región se sometiera a tamizaje con relación al VIH, el VHB, el VHC, la sífilis y, según correspondiera, *T. cruzi*, y mejorar la calidad de las pruebas serológicas. Una vez logrado ese primer paso esencial, la Organización buscaría la manera de fortalecer los bancos de sangre en América Latina y el Caribe mediante la introducción de tecnologías de tamizaje más avanzadas como la amplificación genómica o la leucorreducción, que ya estaban usándose en el Canadá y los Estados Unidos.

El Director dijo que la Organización se había comprometido a conseguir que, en cuatro años, toda la sangre donada en la Región se sometiera a tamizaje al menos para el VIH, el VHB, el VHC y la sífilis. La Oficina esperaba seguir contando con la colaboración continua de los países para alcanzar esa meta.

### ***Factibilidad de formular una convención regional para la lucha antitabáquica***

El Director informó sobre las medidas que había tomado en respuesta a la resolución CSP25.R15, aprobada por la 25.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana en septiembre de 1998, por la cual se le pedía que iniciara un proceso de estudio sobre la factibilidad de formular una convención regional para la lucha antitabáquica. Inmediatamente después de la Conferencia, había tratado el asunto con el Secretario General de la Organización de los Estados Americanos (OEA), quien se había entusiasmado con la idea de que la OPS y la OEA colaborasen en la formulación de dicho instrumento. Los embajadores de varios países ante la OEA también habían expresado su apoyo a la idea. Además, el Director había consultado con colegas de la OMS para asegurarse de que la formulación de una convención para la Región de las Américas no entorpeciera las tentativas de elaborar una convención mundial, y había recibido garantías de que la existencia de una convención regional y la promoción de un temario regional de lucha contra el tabaco serían perfectamente compatibles con la iniciativa mundial.

Había habido ciertas dudas sobre si la convención debía centrarse en el consumo de tabaco por los niños, pero el consenso abrumador entre las personas con quienes había consultado era que ello sería demasiado limitante y que la convención debía tener un alcance más amplio. También se había conversado con expertos jurídicos de la OEA para decidir si debía optarse por una declaración en vez de una convención, pero todos habían coincidido en que una convención sería el instrumento más apropiado porque una declaración probablemente tendría pocos efectos prácticos. En la primavera de 1999, la idea de una convención sobre la lucha antitabáquica se presentaría a una reunión copatrocinada por el Congreso de los Estados Unidos, la OMS y la OEA, siempre y cuando para entonces se hubiese llegado a un acuerdo con la OEA en cuanto al procedimiento para formular y adoptar la convención.

En consecuencia, el siguiente paso en el proceso sería llegar a un acuerdo con la OEA y luego preparar un documento en el que se plantearan los parámetros jurídicos para la convención y los pasos que darían la OPS, la OEA y los Estados Miembros. Para tal efecto se había formado un grupo de trabajo mixto OPS/OEA, y funcionarios de la OPS habían consultado a varios juristas eminentes para formular recomendaciones preliminares sobre los parámetros necesarios para el establecimiento de una convención regional.

El Subcomité recibió con beneplácito el entusiasmo expresado por la OMS y, especialmente, por la OEA, ya que el apoyo político sería esencial para la adopción de una

convención y su ratificación posterior por los países. Por otra parte, se expresó cierta inquietud frente a la posibilidad de que el adoptar una convención regional fuese a complicar aun más el arduo proceso de formular una convención mundial. Se señaló que podría resultar muy difícil lograr la ratificación de dos convenciones.

El Director dijo que la Organización compartía las inquietudes relativas a la complejidad inherente a la formulación paralela de dos convenciones. Aun así, la Región de las Américas tenía la oportunidad de proceder más rápidamente que otras regiones de la OMS en el tema de la lucha antibiótica, y él creía que era importante aprovechar esa oportunidad para plantear el asunto a los niveles políticos más altos. Es más, los funcionarios de la OMS consultados creían que la formulación de una convención regional vendría a complementar, en vez de entorpecer, la formulación de una convención mundial; además, si la convención regional se propusiese más rápidamente, ello daría impulso al proceso de formular la convención mundial. El Director aseguró al Subcomité que la OPS seguiría trabajando en estrecha consulta con expertos de la OMS para evitar cualquier posibilidad de conflicto entre los dos instrumentos.

### **Otros asuntos**

El Director anunció que la próxima sesión del Subcomité se había programado para el 25 y 26 de marzo de 1999.

El Delegado del Canadá señaló que al menos cuatro de los temas de salud que había tratado el Subcomité tenían un efecto particularmente adverso sobre las poblaciones indígenas; por lo tanto, solicitó que, conforme fuese necesario, en los documentos futuros se incluyera información sobre los riesgos específicos para la salud de dichas poblaciones.

### **Clausura de la sesión**

El Presidente elogió a la Oficina por la calidad técnica de los documentos y agradeció a los funcionarios de la OPS sus ponencias interesantes e informativas. También agradeció a los delegados sus comentarios considerados y constructivos. Finalmente, declaró clausurada la sesión.

## **ORDEN DEL DÍA**

1. Apertura de la sesión y elección de la mesa directiva
2. Adopción del orden del día y del programa de reuniones
3. Atención integrada a las enfermedades prevalentes en la infancia (AIEPI)
4. Contaminantes orgánicos persistentes
5. Fortalecimiento de los bancos de sangre en la Región de las Américas
6. La violencia contra la mujer en las Américas
7. Programas de garantía de calidad de la atención de salud
8. Programa de becas de la Organización Panamericana de la Salud
9. Factibilidad de eliminación del consumo de tabaco en las Américas
10. Evaluación de la cooperación técnica de la OPS en la Argentina
11. Otros asuntos

## LISTA DE DOCUMENTOS

<i>No. del documento</i>	<i>Título</i>
SPP31/1, Rev. 1	Orden del día
SPP31/3	Atención integrada a las enfermedades prevalentes en la infancia (AIEPI)
SPP31/4	Contaminantes orgánicos persistentes
SPP31/5	Fortalecimiento de los bancos de sangre en la Región de las Américas
SPP31/6	La violencia contra la mujer en las Américas
SPP31/7	Programas de garantía de calidad de la atención de salud
SPP31/8, Rev. 1	Programa de becas de la Organización Panamericana de la Salud
SPP31/9, Rev. 1	Evaluación de la cooperación técnica de la OPS en la Argentina

**LIST OF PARTICIPANTS  
LISTA DE PARTICIPANTES**

**MEMBERS OF THE SUBCOMMITTEE  
MIEMBROS DEL SUBCOMITÉ**

**ANTIGUA AND BARBUDA  
ANTIGUA Y BARBUDA**

Dr. Carlos Mulraine  
Chief Medical Officer  
Ministry of Health and Civil  
Service Affairs  
St. John's

**CANADA  
CANADÁ**

Mr. Nick Previsich  
Senior Scientific Advisor  
International Affairs Directorate  
Health Canada  
Ottawa, Ontario

**CHILE**

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



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

**ECUADOR**

Dr. César Hermida  
Subsecretario General de Salud  
Ministerio de Salud Pública  
Quito

Dra. Tatiana Neira  
Directora de Relaciones Internacionales  
Ministerio de Salud Pública  
Quito

**MEXICO**  
**MÉXICO**

Dra. Melba Muñíz Martelón  
Directora de Apoyo Financiero Externo  
Subsecretaría de Coordinación y Desarrollo  
Secretaría de Salud  
México, D.F.

Lic. Alfonso Aragón Camarena  
Jefe del Departamento de Registro y Control  
Secretaría de Salud  
México, D.F.

Sr. Guillermo Reyes  
Representante Alterno de México ante la  
Organización de Estados Americanos  
Washington, D.C.

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

**PANAMA**  
**PANAMÁ**

Dr. Giuseppe Corcione  
Viceministro de Salud  
Ministerio de Salud  
Ciudad de Panamá

**UNITED STATES OF AMERICA**  
**ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA**

Dr. Gregory Pappas  
Acting Director  
Office of International and Refugee Health  
U.S. Public Health Service  
Department of Health and Human Services  
Rockville, Maryland

Ms. Mary Lou Valdes  
International Health Officer (Americas)  
Office of International and Refugee Health  
U.S. Public Health Service  
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 STATES  
OTROS ESTADOS MIEMBROS**

**ARGENTINA**

Dr. Argentino L. Pico  
Subsecretario de Políticas de Salud y  
Relaciones Internacionales  
Ministerio de Salud y Acción Social  
Buenos Aires

Dr. Oscar González Carrizo  
Director de Relaciones  
Sanitarias Internacionales  
Ministerio de Salud y Acción Social  
Buenos Aires

**BAHAMAS**

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

**CUBA**

Dr. Enrique M. Comendeiro Hernández  
Director de Relaciones Internacionales  
Ministerio de Salud Pública  
La Habana

Dr. Rene Ruíz Armas  
Ministerio de Salud Pública  
La Habana

**OTHER MEMBER STATES** (*cont.*)  
**OTROS ESTADOS MIEMBROS** (*cont.*)

**CUBA** (*cont.*)

Sr. Raúl Montes García  
Segundo Secretario  
Misión Permanente de Cuba ante  
las Naciones Unidas  
New York, N.Y.

Sr. Manlio Hernández Carbonell  
Tercer Secretario  
Misión Permanente de Cuba ante  
las Naciones Unidas  
New York, N.Y.

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. Eric J. Boswell  
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 Antonio Solís  
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.)**

***Technical Secretary***  
***Secretario Técnico***

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

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

Dr. Richard P. Marks

***Chief, Conference Services***  
***Jefe, Servicios de Conferencias***

Ms. Janice A. Barahona