



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



SUBCOMITÉ DE PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

32.ª sesión, 25 y 26 de marzo de 1999

SPP32/FR (Esp.)
26 marzo 1999
ORIGINAL: ESPAÑOL

INFORME FINAL

ÍNDICE

	<i>Página</i>
Mesa directiva	3
Apertura de la sesión	3
Adopción del orden del día y del programa de reuniones.....	4
Presentación y debate de los puntos del orden del día.....	4
La salud en los procesos de las Cumbres	4
Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción	7
Anteproyecto de presupuesto por programas de la Organización Panamericana de la Salud, correspondiente el bienio 2000-2001.....	12
Seguimiento y evaluación de los procesos de reforma sectorial en salud	15
Salud de los trabajadores en la Región de las Américas	18
La salud y su contribución al alivio de la pobreza	22
Resistencia a los antimicrobianos y enfermedades emergentes y reemergentes	26
Sistemas de información geográfica en salud.....	29
Otros asuntos	31
Clausura de la sesión	33
Anexo A: Programa	
Anexo B: Lista de documentos	
Anexo C: Lista de participantes	

INFORME FINAL

La 32.^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 25 y 26 de marzo de 1999.

La sesión contó con la asistencia de representantes de los siguientes Miembros del Subcomité elegidos por el Comité Ejecutivo o designados por el Director: Canadá, Colombia, Cuba, Ecuador, Estados Unidos de América, México y Panamá. También estuvieron presentes observadores por Brasil, Nicaragua y Uruguay. Una organización internacional estuvo representada.

Mesa directiva

Los siguientes Miembros, elegidos por el Subcomité en su 31.^a sesión en noviembre de 1998, siguieron ejerciendo sus funciones respectivas.

<i>Presidente:</i>	Ecuador	(Dr. César Hermida)
<i>Vicepresidenta:</i>	Panamá	(Dra. Enelka de Samudío)
<i>Relatora:</i>	México	(Dra. Melba Muñiz Martelón)

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. Dijo que estaba particularmente complacido de ver a un gran número de observadores de las embajadas en Washington, D.C., ya que su presencia indicaba el interés de los Estados Miembros en la vida de la Organización. Resumió las funciones y las finalidades del Subcomité, que son las de examinar y analizar diversos programas e iniciativas de la OPS antes de presentarlas al Comité Ejecutivo y al Consejo Directivo, aunque, como de costumbre, no todos los temas examinados por el Subcomité tendrían que remitirse a los Cuerpos Directivos para su consideración. Agregó que el Subcomité brindaba un entorno menos formal para la discusión y la interacción entre los participantes, y que las reacciones y comentarios del Subcomité eran de gran valor para que la Secretaría ajustase sus actividades programáticas con miras a responder mejor a las necesidades y prioridades determinadas por los Estados Miembros.

Adopción del orden del día y del programa de reuniones (documentos SPP32/1 y SPP32/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 salud en los procesos de las Cumbres (documento SPP32/5)

La Dra. Irene Klinger (Jefa, Oficina de Relaciones Externas) esbozó las diversas reuniones cumbre que se habían celebrado, así como las próximas a celebrarse en la Región, y describió la participación del sector de la salud y de la OPS en dichas reuniones. El documento y la exposición de la Dra. Klinger se centraron en las Cumbres de las Américas y en las Cumbres Iberoamericanas.

En la primera Cumbre de las Américas, celebrada en Miami en 1994, a la OPS se le había asignado una función importante en tres iniciativas relacionadas con la salud, a saber: acceso equitativo a los servicios básicos de salud, fortalecimiento de la función de las mujeres en la sociedad y alianza para la prevención de la contaminación. En la segunda Cumbre de las Américas, celebrada en 1998 en Santiago, los países se habían vuelto a comprometer con la extensión de los servicios de salud a los grupos más vulnerables, haciendo hincapié en el uso de las tecnologías de bajo costo para mejorar las condiciones sanitarias y de vida y promover mayor equidad en el terreno de la salud. Además, se había asignado a la OPS una función clave como entidad coordinadora de la iniciativa “Tecnologías en salud uniendo a las Américas”, que incorporaba varios de los mismos objetivos establecidos en la Cumbre de Miami así como algunas de las metas de salud ambiental aprobadas en la Cumbre sobre el Desarrollo Sostenible, celebrada en Santa Cruz (Bolivia) en 1996. El documento resumía algunas actividades que la Organización había emprendido para el acatamiento de esos mandatos. Se había previsto que para la tercera Cumbre de las Américas, programada para 2001 en Canadá, la salud sería uno de los temas principales del programa, y la OPS esperaba desempeñar una función importante al ayudar a determinar las iniciativas de salud que emanarían de esa Cumbre.

La Organización también había recibido varios mandatos importantes de las Cumbres Iberoamericanas, que se habían realizado anualmente desde 1991, con la participación de todos los países latinoamericanos, así como de España y Portugal. Una de las principales iniciativas de salud emanada de esas Cumbres había sido el Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud (PIAS), formulado por la OPS y encaminado a fortalecer la infraestructura hidráulica y de saneamiento en América Latina y el Caribe. La Cumbre de 1998 se había centrado en las soluciones a las crisis económicas mundiales y en los problemas sociales que ellas generaban. Esa Cumbre había puesto de

relieve la necesidad de detectar y abordar las situaciones de riesgo antes de que se presentara realmente una crisis. En consecuencia, la Cumbre Iberoamericana de 1999, a celebrarse en La Habana, abordará concretamente la prevención de los riesgos derivados de la crisis económica mundial. Dado el compromiso de Cuba con la salud, se esperaba que la prevención de los riesgos para la salud ocuparía un lugar prominente en los debates.

Las reuniones cumbre mencionadas habían brindado una oportunidad excelente para poner de relieve que la salud es una prioridad en la Región y, además, habían ayudado a fomentar la movilización de recursos y del compromiso político para abordar los problemas sanitarios. Al mismo tiempo, habían promovido el panamericanismo, ya que los países colaboraban en la resolución de los problemas políticos, económicos, sociales y de desarrollo. La OPS seguiría buscando otras formas de utilizar los procesos de las cumbres para ayudar a la causa de la salud. Se invitó al Subcomité a comentar sobre posibles formas en que la Organización podría mejorar sus acciones en favor de la salud en el marco de las cumbres.

El Subcomité elogió a la OPS por la eficacia con la cual había llevado a cabo los diversos mandatos que había recibido de las cumbres y por sus esfuerzos en seguir poniendo de relieve las cuestiones relacionadas con la salud en las cumbres futuras. Los delegados estuvieron de acuerdo en que dichas reuniones definitivamente habían dado mayor importancia a los problemas de salud y ayudado a aumentar el apoyo político para las iniciativas en el terreno sanitario. Se señaló que las cumbres a nivel subregional brindaban otra oportunidad para la promoción de la causa de los asuntos de salud.

Gran parte del debate en el seno del Subcomité sobre este tema abordó la necesidad de conseguir que las prioridades establecidas por el sector de la salud fuesen adoptadas por los líderes políticos e incorporadas en sus programas, ya que las prioridades políticas y las prioridades técnicas no siempre coincidían. El Delegado de Cuba anunció que se celebraría una reunión de los ministros de salud los días 18 y 19 de octubre de 1999, antes de la Cumbre Iberoamericana de 1999, precisamente para elaborar un programa concreto de temas sanitarios que serían abordados por los líderes políticos en la Cumbre. De acuerdo con el tema general de la Cumbre, la reunión de los ministros de salud se centraría específicamente en los efectos de la globalización sobre los procesos de reforma del Sector de la Salud. Cuba expresó que consideraba que tales reuniones debían celebrarse siempre antes de las Cumbres Iberoamericanas y, a tal efecto, había presentado una propuesta formal al Director de la OSP.

Se instó a la Organización a que empezara a aportar información sobre el programa para la Cumbre de las Américas de 2001 lo antes posible con el fin de lograr que se asigne particular importancia a los temas que habían sido considerados por los ministros de salud como prioridades. De otro modo, se corría el riesgo de que la OPS fuese incorporada en actividades periféricas que alejarían los recursos de sus principales

prioridades de cooperación técnica. En este sentido, se hicieron varias preguntas relativas a las vinculaciones entre las actividades ordinarias de cooperación de la OPS y sus actividades en respuesta a los mandatos de las diversas cumbres. Se sugirió que, como preparación para la Cumbre de 2001, debería elaborarse un resumen muy breve del documento presentado al Subcomité destinado a los jefes de Estado y de gobierno, ya que el tiempo que ellos pueden dedicar a cada tema del programa es limitado. Un recuento conciso de las tareas asignadas a la OPS y de las medidas tomadas hasta la fecha les ayudaría a conocer en qué rubros se han logrado avances y lo que queda por hacer. También se señaló que, aunque el documento indicaba que se habían logrado avances significativos en varias áreas, no reflejaba mucho progreso con respecto a la principal prioridad de salud señalada en la Cumbre de Miami, a saber, el logro del acceso equitativo a los servicios. Por consiguiente, se consideraba importante reorientar los esfuerzos hacia ese tema central, que seguía siendo el principal problema de salud en el continente americano.

En respuesta a los comentarios del Subcomité, la Dra. Klinger dijo que la OPS estaba trabajando muy de cerca con funcionarios canadienses para promover la salud como una prioridad en el programa de la Cumbre de las Américas del año 2001. Agregó que era una buena sugerencia la preparación de un documento resumido para los jefes de Estado y de gobierno. La Secretaría prepararía ese resumen, y estaba trabajando en otro documento en el que se esbozaban las actividades de la OPS relacionadas con las cumbres, mismo que se distribuiría en junio durante la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos (OEA). Ese documento también se prepararía para que su lectura fuese rápida y fácil. En cuanto a las reuniones cumbre subregionales, la Organización reconocía sin duda su importancia, pues a menudo sentaban las bases para las cumbres regionales y mundiales. Añadió que la OPS estaba participando activamente en la promoción de la atención de la salud en las cumbres subregionales mediante iniciativas como la Reunión Especial del Sector de la Salud de Centroamérica (RESSCA) y otras reuniones subregionales de los ministros de salud.

En cuanto a lo que parecería una falta de progreso en el acceso equitativo a los servicios de salud, el documento presentado al Subcomité era intencionalmente breve y no hacía un recuento total de los logros alcanzados con cada iniciativa. Sin embargo, antes de la Cumbre de Santiago se había emprendido una evaluación detallada, con indicadores cuantitativos del progreso logrado hacia el acceso equitativo, y el documento que contenía los resultados de esa evaluación estaba a disposición de cualquier delegado que quisiera consultarlo. Respecto a la necesidad de hacer hincapié en las principales prioridades de la Organización, las prioridades que la OPS había promovido en las cumbres eran las que habían sido identificadas por los ministros de salud en los Cuerpos Directivos.

El Director recalcó que no le gustaría que alguien tuviera la impresión de que la participación de la OPS en las cumbres estaba de algún modo alejándola de su principal

centro de interés. Todas las esferas en las cuales la OPS participaba de conformidad con las cumbres estaban vinculadas con su finalidad como organización sanitaria y con su función de dar apoyo a los ministros de salud y aumentar la visibilidad de los problemas sanitarios a los niveles nacional, subregional y regional. Por consiguiente, dijo, había recibido con beneplácito el anuncio de Cuba en cuanto a la reunión de los ministros de salud que se celebraría antes de la Cumbre Interamericana, ya que brindaría una oportunidad excelente a los funcionarios de salud de tener acceso a los niveles políticos más altos.

El objetivo principal de la Organización en las cumbres era el de velar porque la salud tuviera un lugar prominente en los programas políticos y suministrar a los ministerios de salud de los países una base técnica sólida para la búsqueda de apoyo político destinado a iniciativas sanitarias. Sin embargo, la OPS nunca se desviaría de sus prioridades o ámbitos de experiencia y conocimientos técnicos. Había elegido muy cuidadosamente los temas que sugería a los Estados Miembros para que estos los sometieran a la consideración de las cumbres. Era especialmente importante promover iniciativas que tuvieran probabilidades de producir resultados concretos durante los mandatos de los jefes de Estado y de gobierno, para que, en la próxima Cumbre, estos líderes políticos tuvieran la oportunidad de ver la repercusión de sus acciones con relación a la salud.

Con respecto a la participación de la OPS a nivel subregional, la iniciativa “Salud, un puente para la paz”, ejecutada después de la firma del convenio de paz de Esquipulas en Centroamérica, dio un ejemplo notable de cómo la salud podía influir en la toma de decisiones políticas y facilitar los procesos políticos. En la próxima Cumbre de los Presidentes Centroamericanos, la Organización presentaría una propuesta sobre reducción de costos de los medicamentos en los servicios de salud mediante un programa subregional.

Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción (documento SPP32/4)

Las exposiciones sobre este tema estuvieron a cargo del Dr. Pedro Brito (Asesor Regional, Programa de Desarrollo de Recursos Humanos) y del Dr. Richard Marks (Secretario Ejecutivo, Fundación Panamericana de la Salud y Educación). El Dr. Brito explicó la naturaleza del Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción (PALTEX) y su contribución a la cooperación técnica de la OPS. PALTEX está destinado a apoyar el fortalecimiento institucional y la educación del personal de salud, que por mucho tiempo habían sido las prioridades de cooperación técnica de la

Organización. PALTEX produjo o facilitó la producción y distribución de materiales didácticos para escuelas de ciencias de la salud y para el adiestramiento en servicio del personal sanitario.

Si bien producía y distribuía libros y materiales de instrucción, su objetivo principal no era la venta de publicaciones. Más bien, se trataba de un componente del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos, dentro de la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, y por lo tanto formaba parte de la cooperación técnica de la Organización en la esfera del desarrollo de recursos humanos. El Programa funcionaba en estrecha colaboración con todas las unidades técnicas de la Organización. Para elaborar materiales didácticos de alta calidad y ponerlos al alcance de los países a bajo costo, PALTEX adoptaba una estrategia que incluía la formación de grupos de trabajo para determinar necesidades educacionales y materiales de instrucción, promoción de iniciativas interpaíses para la producción de materiales de instrucción, evaluación técnica de materiales por los programas técnicos de la OPS y por expertos de la Región, adquisición centralizada en gran escala bajo la administración de PAHEF, utilización de los locales de la OPS en la Sede y en los países para la logística y la distribución, y la distribución por medio de una red de puntos de venta ubicados en instituciones educacionales de toda la Región.

El reto principal que se planteaba al Programa en el futuro inmediato sería el de abordar la gran demanda de educación continua para el personal de los servicios de salud y las necesidades educacionales en constante cambio que resultaban de los procesos de reforma sanitaria. El Programa estaba aportando un número cada vez mayor de publicaciones que trataban sobre reforma sanitaria, descentralización y modelos de atención y las prácticas de asistencia sanitaria en proceso de cambio. PALTEX también estaba estudiando cuál sería la mejor manera de contribuir a los programas de educación a distancia, especialmente mediante el uso de Internet y otras tecnologías de comunicaciones electrónicas.

El Dr. Marks proporcionó mayor información sobre los aspectos administrativos del Programa y su funcionamiento. Las contrapartes en la administración de PALTEX eran el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), la Fundación Panamericana de la Salud y Educación (PAHEF), la OPS y las instituciones participantes en los países. El BID había proporcionado financiamiento mediante dos préstamos, el primero de los cuales se había pagado totalmente en 1996. PAHEF se encargaba legalmente de la administración de PALTEX a nivel regional. La Fundación se había constituido como una organización sin fines de lucro de acuerdo con las leyes tributarias de los Estados Unidos y era la prestataria del préstamo del BID. PAHEF se encargaba de tramitar la negociación de la compra y la producción de materiales, de fijar los precios para lograr la

recuperación de costos, de coordinar las actividades de las representaciones de la OPS/OMS (PWR) en cuanto a la administración de PALTEX en los países y de todas las funciones de contabilidad para el Programa.

La OPS era la principal contraparte y se encargaba de la gestión del PALTEX como un programa de cooperación técnica. La Organización, principalmente por conducto del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos, supervisaba toda la toma de decisiones editoriales con respecto a la publicación de materiales nuevos y la distribución de los materiales existentes, con aportaciones de las instituciones participantes tanto nacionales como locales. La OPS se encargaba también de la contratación de los autores y los traductores, del examen y la revisión de los textos, del diseño y la composición, y de la impresión. Además, organizaba los preparativos logísticos para la distribución de los materiales a nivel de país por conducto de las PWR y era el garante en el préstamo del BID. Las instituciones participantes a nivel nacional —la cuarta contraparte— asumían la responsabilidad, sin costo alguno para el Programa, de la venta de los materiales de PALTEX. El Programa no podría funcionar sin la contribución voluntaria de esas instituciones, que sufragaban una parte importante de los costos asociados con la operación de ventas.

El Programa se autofinanciaba y había logrado un desempeño financiero excelente en los últimos años. La información más detallada sobre el estado financiero y las operaciones de PALTEX así como los tipos de materiales de instrucción disponibles mediante el Programa, se incluía en el documento.

El Subcomité elogió la función que desempeñaba PALTEX en poner al alcance del público materiales de instrucción a precios asequibles. Todos los delegados que pidieron la palabra recalcaron que el Programa había sido y seguiría siendo un componente fundamental de la cooperación técnica de la OPS para el desarrollo de recursos humanos en los países de la Región. Se señaló que el apoyo de la Organización para la creación de bibliotecas en los hospitales y los centros de salud pequeños también había sido importante al aumentar el acceso a los textos médicos y facilitar la educación continua del personal de dichos establecimientos. Se instó a la OPS a que siguiera esa línea de acción como complemento a las actividades del PALTEX.

Se formularon varias preguntas acerca de aspectos concretos del Programa. Se solicitó más información sobre los planes para incorporar la educación a distancia en PALTEX y de cómo utilizaba estos medios electrónicos. Se señaló que la utilización de los medios electrónicos de difusión indudablemente aumentaría el acceso a los materiales del Programa, pero quizá también redujese la producción de libros y otros materiales impresos, lo que repercutiría sobre los ingresos. También se hicieron preguntas acerca de la estrategia para reinvertir los ingresos del Programa. Se señaló que la distinción entre PALTEX y Oficina de Publicaciones y Servicios Editoriales (DBI) de la OPS no estaba

totalmente clara, y se solicitó más información sobre la relación entre los dos programas. Otras preguntas se referían a la manera de seleccionar los materiales, el proceso de revisión por expertos, la manera en que el Programa se había adaptado a las nuevas actitudes acerca de la salud, o el cambio hacia un enfoque más holístico de la asistencia sanitaria y sobre la disponibilidad de materiales de PALTEX en idiomas diferentes al español.

En respuesta a las preguntas en cuanto a la educación a distancia, el Dr. Brito señaló que en años recientes ésta se había convertido en un medio muy importante de mantener la competencia técnica, cambiar las actitudes y mejorar el desempeño del personal de salud. La necesidad de educación a distancia y otros medios para impartir educación continua indudablemente aumentaría en el siglo XXI con el advenimiento de nuevas tecnologías y conocimientos. En consecuencia, la educación continua sería uno de los aspectos más importantes de la actividad del PALTEX en los próximos años, como lo sería también la incorporación de la utilización de la Internet y otros medios electrónicos en la estrategia de cooperación técnica del Programa. No obstante, debido a que el acceso a la Internet seguía siendo limitado en América Latina, el Programa continuaría utilizando muchos materiales impresos. En cuanto a la manera en la cual PALTEX había respondido a los cambios en las actitudes acerca de la salud y los cambios correspondientes en la educación de los profesionales, uno de los puntos fuertes del Programa era su flexibilidad y la posibilidad de apoyarse en la información suministrada por instituciones y grupos interprogramáticos participantes, con miras a identificar las necesidades educacionales actuales y lograr que los materiales de PALTEX fuesen pertinentes. En cuanto a la disponibilidad de materiales en otros idiomas, el Programa gradualmente había aumentado la producción de libros de texto y otros materiales de instrucción en portugués y la mayoría de los materiales que se publicaban en español también aparecían en portugués.

El Dr. Marks agregó que los estudiantes de medicina en el Brasil podían obtener libros de texto fácilmente y a precios razonables por los canales comerciales normales, lo que había reducido la demanda de publicaciones de PALTEX en portugués. Es más, debido a que el mercado para los materiales en idioma portugués es relativamente pequeño en comparación con el mercado para los de lengua española, el Programa no lograba obtener los mismos descuentos para la compra en grandes cantidades y, por ende, no podía ofrecer sus publicaciones en el Brasil a precios atractivos. La situación era similar en cuanto a la disponibilidad de publicaciones en francés e inglés. El mercado para dichas publicaciones se limitaba al Caribe, ya que los Estados Unidos y el Canadá no participaban en el programa de PALTEX. Los estudiantes de países del Caribe de habla inglesa podían obtener libros de texto a precios subsidiados mediante un programa especial de libros. En lo que se refiere a la reinversión de los ingresos del Programa, los

ingresos no habían sido tan grandes como pudiera parecer, debido a la inflación. Sin embargo, cualquier ingreso se usa principalmente para ampliar las actividades del Programa en el área de la educación continua

En cuanto a la distinción entre PALTEX y Oficina de Publicaciones y Servicios Editoriales, la justificación técnica de aquél era muy diferente de la de DBI. PALTEX utilizaba la venta de las publicaciones como un mecanismo para prestar cooperación técnica a los países. Esa cooperación tenía como finalidad mejorar su capacidad para adiestrar e impartir educación continua al personal de salud, en especial el desarrollo de sus propios materiales, cosa que no formaba parte del mandato de DBI. La justificación comercial también era distinta. A diferencia de DBI, el grueso de la operación de PALTEX consistía en la adquisición de materiales existentes y su reventa con descuento para facilitar la formación de recursos humanos. La publicación directa representaba una proporción muy pequeña de las actividades y las ventas brutas del Programa. Otra distinción importante era que PALTEX era administrado por PAHEF, que para fines contables y tributarios era una entidad separada de la OPS.

El Director subrayó la naturaleza educacional de PALTEX, reiterando que no se trataba de un programa de venta de publicaciones. Agregó que PALTEX tenía un papel vital que desempeñar en la promoción y creación de capacidad de un país para impartir educación continua al personal de salud, una necesidad que, en general, no atendían otras instituciones en América Latina. El Programa era un aspecto de las actividades de la Organización para poner la información sanitaria al alcance de quienes la necesitaban. Los materiales científicos y técnicos producidos por DBI también respondían a esa necesidad, pero había diferencias claras en los tipos de publicaciones suministradas por los dos programas y en sus públicos destinatarios.

En respuesta a una pregunta de uno de los delegados sobre las razones por las que PAHEF administraba el Programa, el Director explicó que, en conformidad con los términos del préstamo del BID, era necesario que las operaciones de PALTEX fuesen administradas por una entidad sin fines de lucro de acuerdo con las leyes tributarias de los Estados Unidos. De otro modo, la Organización quizá hubiera podido crear un programa de libros de texto y de materiales de instrucción similar a su programa de compra de medicamentos, y un programa de este tipo habría sido administrado directamente por la OPS. Si el Subcomité así lo deseaba, agregó, en una futura reunión la Secretaría suministraría información más concreta sobre las operaciones y las atribuciones de PAHEF.

Con respecto al tema de la revisión por expertos, señaló que no todos los textos requerían el mismo nivel de examen. Por ejemplo, los manuales didácticos que habían sido examinados a fondo por los comités internos no se enviaban para la revisión por expertos externos. Sin embargo, todas las publicaciones científicas se sometían a un riguroso

proceso de revisión por expertos. En cuanto a la disponibilidad de materiales en francés, en la medida en que hubiese un mercado sostenible para las publicaciones en dicho idioma, la Organización intentaría poner tales publicaciones al alcance del público. Si bien, en general, PALTEX no ofrecía materiales de instrucción en francés, muchas de las publicaciones de la OPS sobre los temas programáticos estaban disponibles en los cuatro idiomas oficiales de la Organización.

El Dr. David Brandling-Bennett (Director Adjunto y Presidente del Comité de Publicaciones de la OPS) señaló que, a medida que PALTEX se había ampliado, se había vuelto menos clara la diferencia entre sus publicaciones educacionales y las publicaciones científicas y técnicas elaboradas por DBI. El Comité de Publicaciones de la OPS había decidido ocuparse de la coordinación entre PALTEX y DBI, con miras a lograr la mayor complementariedad posible entre los dos programas, o la más alta calidad y la mayor congruencia con las políticas de la OPS en sus publicaciones respectivas. El Comité también estaba considerando las consecuencias de aumentar el uso de la Internet para las finalidades de publicación y la necesidad de coordinación en esa área. La Secretaría pondría al corriente al Subcomité sobre los resultados de esas discusiones en fecha futura.

Anteproyecto de presupuesto por programas de la Organización Panamericana de la Salud correspondiente al bienio 2000-2001 (documento SPP32/3)

El Sr. Román Sotela (Jefe de Presupuesto) presentó el anteproyecto de presupuesto para 2000-2001. El monto del proyecto de presupuesto general ascendía a \$256.245.000. La porción de la OMS del anteproyecto, que estaba sujeta a la aprobación final por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 1999, era de \$77.725.000. Como resultado de los cambios en el método aplicado por la OMS para la asignación de los fondos en las diversas regiones, la cantidad asignada a las Américas se había reducido en \$4,9 millones, o sea 6%, con relación al nivel de 1998-1999 de \$82,6 millones. La porción de la OPS del proyecto de presupuesto era de \$178.520.000, lo que reflejaba un aumento de 5,9% para el bienio, o de 2,95% anual. En consecuencia, el aumento propuesto del presupuesto combinado de la OPS/OMS era de 2,0% para el bienio, o de 1,0% anual. La porción de la OPS sería financiada por \$165.020.000 de las cuotas, un aumento de 5,2% para el bienio, o de 2,6% anual, y por \$13.500.000 de ingresos varios, un aumento de 15,4% con respecto al nivel para 1998-1999. La reducción de la asignación de la OMS, unida a una reducción de los puestos, significaría una reducción de los programas de 2,4%.

El aumento moderado de 2,0% incluía aumentos para cubrir las alzas de costos obligatorias en relación con los puestos, que se proyectaba aumentarían a \$11 millones, o sea 4,4%, durante el bienio, a pesar de una reducción de 13 puestos financiados con fondos ordinarios. Sin embargo, no se había incluido ningún aumento para sufragar los costos inflacionarios no asignados a puestos, que se calculaban en \$3,7 millones para el

bienio. La Organización absorbería los costos, lo que significaría otra reducción en los programas de 1,4% con respecto a 1998-1999. El porcentaje del presupuesto asignado a los programas de país, de conformidad con el anteproyecto, aumentaría de 41,0% a 41,3%; ese incremento representaba más de la mitad del aumento total del presupuesto que se estaba proponiendo. Los programas regionales e interpaíses, por otro lado, disminuirían de 58,9% a 58,7%. La proporción general asignada a la cooperación directa con los países pasaría de 84,8% a 85,0%.

El Director dijo que las reducciones en los programas eran motivo de preocupación para él. Nunca en sus 18 años de trabajo con la OPS, la Secretaría había presentado un proyecto de presupuesto inicial que exigiera una disminución en el financiamiento de los programas. Instó a los delegados a que se hicieran dos preguntas cuando consideraran el proyecto de presupuesto: ¿estaban satisfechos con la cooperación técnica que la Organización estaba prestando? y ¿estaban satisfechos con los esfuerzos realizados por la Secretaría a lo largo de los años para aumentar la eficiencia y reducir los costos? Si podían responder “sí” a esas dos preguntas, entonces les instaba a que apoyaran el proyecto de presupuesto. La Secretaría había tenido muy en cuenta la situación financiera difícil de algunos países, y había iniciado varias medidas para recortar los gastos y encontrar maneras más flexibles de prestar la cooperación. También había ampliado la proyección para ingresos varios en 2000-2001 al máximo absoluto con miras a reducir la carga financiera sobre los países. Sin embargo, su capacidad de absorber los aumentos adicionales de costos sin un aumento del presupuesto era limitada. La mengua del presupuesto de la Organización no podía seguir indefinidamente sin incapacitarla para cumplir con las funciones que los países le habían asignado.

El Subcomité manifestó su apoyo unánime a la labor de la Organización, y varios delegados expresaron la aprobación inequívoca del proyecto de presupuesto. Algunos delegados informaron que, a pesar de las dificultades financieras, los presupuestos de sanidad en sus países se habían aumentado o al menos mantenido porque la salud se consideraba una alta prioridad. Consideraban que la OPS merecía apoyo similar. En vista de la considerable reducción del financiamiento de la OMS, la OPS debía contar con el apoyo de los países para permitirle seguir desempeñando su función de liderazgo en el ámbito sanitario y abordar los problemas de salud y las inequidades graves que continuaban afectando a grandes segmentos de la población de la Región.

Sin embargo, unos delegados expresaron sus reservas acerca del aumento propuesto de las cuotas. Se señaló que varios países, en especial aquellos con las cuotas más grandes, tenían moras sustanciales en los pagos, lo que indicaba que los países de toda la Región estaban atravesando por dificultades financieras. En ese contexto, se cuestionó si era práctico buscar un aumento de las cuotas. También se señaló que el presupuesto de la Organización había subido en forma sostenida durante los 30 últimos años. El aumento total entre 1970-1971 y 1998-1999 ascendía a 500%, aunque el

crecimiento se había desacelerado considerablemente en años recientes. Se instó a la Secretaría a que examinara el proyecto de presupuesto antes de su presentación al Comité Ejecutivo, con miras a identificar las áreas en las que podrían hacerse algunos ahorros y, por lo tanto, mantener un crecimiento nominal de cero.

El Delegado de los Estados Unidos señaló que los funcionarios del gobierno de su país tenían esperanzas de que el Congreso autorizaría los fondos suficientes para cancelar la mora de los Estados Unidos a las Naciones Unidas y a todos sus organismos especializados. Esa mora totalizaba más de mil millones de dólares; este país le adeudaba a la OPS cerca de 15 millones de dólares. Sin embargo, la aprobación de ese financiamiento dependería del crecimiento nominal cero en los presupuestos de todas las organizaciones. Un aumento nominal del presupuesto de cualquier organismo quizá minara todos los esfuerzos para resolver el problema del cumplimiento de las obligaciones del país frente al sistema de las Naciones Unidas.

Con relación a la asignación proporcional del presupuesto a las diversas áreas programáticas, se creía que una cantidad significativamente mayor debería ir al Programa para la Prevención y el Control del Abuso de Sustancias, especialmente para la lucha antitabáquica. Era vital para la Organización ejercer un liderazgo fuerte en esa área, que implicaba no solo movilización de recursos extrapresupuestarios sino también dedicar más de los propios recursos de la OPS a las actividades de lucha antitabáquica. También se recalcó que las asignaciones presupuestarias a todas las divisiones y programas debían reflejar la importancia asignada a las actividades de prevención y promoción de la salud adoptadas en las orientaciones estratégicas y programáticas. Además, se instó a la Secretaría a que explorara posibles maneras de distribuir los fondos para que no se redujese la asignación para la cooperación técnica entre países.

El Sr. Sotela señaló que el crecimiento en el presupuesto de la Organización durante los 10 años anteriores se había debido principalmente a los aumentos de costos obligatorios relacionados con los puestos. De conformidad con el proyecto de presupuesto presentado al Subcomité, todos los aumentos propuestos se destinarían a cubrir los costos obligatorios de los puestos. Desde el bienio 1992-1993, se habían eliminado 188 puestos para compensar los aumentos obligatorios en los costos de los puestos y poder mantener un equilibrio en el presupuesto entre los fondos de los puestos y los de otra índole. Durante ese período, los fondos no asignados a puestos habían aumentado solo 4% en términos nominales, lo que implicaba necesariamente una reducción en los programas.

Por invitación del Director, el Sr. Eric Boswell (Jefe de Administración) presentó su punto de vista sobre asuntos de presupuesto como antiguo funcionario del gobierno de los Estados Unidos en el Departamento de Estado. Señaló que el presupuesto del Departamento había sido una suma constante durante muchos años, lo que había obligado

al Departamento a absorber todos los aumentos de costos, que gradualmente habían consumido su capacidad para funcionar eficazmente. A su modo de ver, todas las organizaciones llegaban a un punto en el cual ya no podían resistir la reducción continua de sus presupuestos sin graves consecuencias, y creía que la OPS había llegado a ese punto.

El Director señaló que durante los años ochenta, cuando todos los países de la Región estaban tratando de resolver dificultades financieras graves, los Cuerpos Directivos habían aprobado un aumento promedio de 13% por bienio en el presupuesto de la Organización. Durante los años noventa, cuando casi todos los países estaban gozando de una situación económica más fácil, los aumentos bienales habían promediado solo 3%. Entendía que algunos países tenían dificultades para pagar sus obligaciones de las cuotas; sin embargo, durante su mandato como Director, solo un país que había estado sometido a la aplicación del Artículo 6.B de la Constitución de la OPS no había tenido éxito en satisfacer los requisitos de su plan de pago. Varios países, como Cuba y Haití, habían realizado esfuerzos sobrehumanos para pagar sus cuotas. Consideraba que esos hechos revelaban el valor que los gobiernos asignaban al trabajo de la Organización.

Si bien apreciaba la posición de los Estados Unidos, no creía que la regla de cero crecimiento nominal debía aplicarse en forma generalizada a cada uno de los organismos del sistema de las Naciones Unidas. Recalcó que el proyecto de presupuesto no representaba un aumento en términos reales. Por el contrario, aun con el aumento nominal propuesto de 2%, sería necesario eliminar otros 13 puestos más y los programas tendrían que reducirse. La Organización había trabajado mucho para mejorar la eficiencia y reducir los costos al máximo y seguiría buscando los ahorros. Sin embargo, se estaba acercando rápidamente el día en que ya no sería posible hacer ajustes menores y sería necesario adoptar métodos innovadores para la gestión y hacer inversiones creativas y arriesgadas para seguir ofreciendo la clase de cooperación que los países esperaban de la OPS. Por consiguiente, hacía un llamado a los delegados para que fueran defensores fuertes de la Organización y para alentar a sus gobiernos a que apoyaran el proyecto de presupuesto.

Estuvo de acuerdo en que era importante dedicar más recursos a la lucha antitabáquica y se comprometió a que, antes de la sesión del Comité Ejecutivo en junio, se aumentaría la asignación a esa área de trabajo.

Seguimiento y evaluación de los procesos de reforma sectorial en salud (documento SPP32/6)

El Dr. Daniel López Acuña (Director, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud) empezó por examinar los elementos que habían brindado el marco conceptual para las actividades de la OPS con relación al seguimiento y evaluación de la

reforma sectorial. Entre los acontecimientos importantes se encontraban la Cumbre de las Américas, celebrada en Miami en 1994, durante la cual se había asignado a la OPS la responsabilidad de vigilar y evaluar los planes y programas para la reforma del sector sanitario en los países de las Américas y la Reunión Especial sobre Reforma del Sector Salud, celebrada en la Sede de la OPS en septiembre de 1995 conjuntamente con el 38.º Consejo Directivo. El Consejo había aprobado la resolución CD38.R14, en la cual se pedía al Director que “continúe trabajando con los Estados Miembros y organismos en el diseño y desarrollo de un proceso para el monitoreo de la reforma del sector salud en las Américas”.

En respuesta a esos mandatos, la Organización había formulado una metodología para el monitoreo y la evaluación de los procesos de reforma sectorial. El primer paso al desarrollar la metodología había sido la preparación, en 1997, de un punto de comparación para vigilar y evaluar la reforma, que se había aplicado en 17 países. Basado en los resultados de ese ejercicio, se había preparado, probado y ajustado una versión inicial de la metodología. El resultado había sido la metodología descrita en la publicación *Metodología para el seguimiento y evaluación de las reformas del sector salud en América Latina y el Caribe*, que se había distribuido al Subcomité durante la reunión. Al mismo tiempo, se habían formulado normas para la preparación de perfiles de los sistemas de servicios de salud que se usarían conjuntamente con la metodología. Aunque cualquiera de los instrumentos podría usarse solo, era difícil analizar la reforma del sector sin analizar a la vez el contexto en que funcionaban los servicios de salud y la organización, los recursos y las funciones del sistema de salud.

Los criterios por los cuales la OPS proponía evaluar los procesos de reforma del sector de la salud eran la equidad, la calidad, la eficiencia, la sostenibilidad y la participación social. La metodología estaba diseñada para vigilar la dinámica y el contenido de los procesos de reforma sectorial y para evaluar sus repercusiones sobre el mejoramiento de los cinco criterios. Ya se había aplicado en nueve países, y para fines de 1999 se habría aplicado en todos los países de América Latina y el Caribe. El documento contenía un resumen de la información derivada de la aplicación de la metodología en los nueve países iniciales.

El Subcomité expresó su apoyo decidido a la labor de la OPS en el área de la reforma sanitaria. La función de la Organización al proporcionar información a los países se consideraba fundamental, y se recibió con beneplácito el establecimiento de un centro de distribución de información sobre dicha reforma, según se mencionaba en el documento. Se plantearon varias preguntas e inquietudes sobre el documento y la metodología. Se señaló que el documento no explicaba realmente la metodología, y se sugirió que se anexara un apéndice en el que se presentasen más detalles sobre las características y la naturaleza exacta de la metodología. Además, se pidió más información sobre la forma en que se iban a utilizar los datos resultantes. Se señaló que ya

se estaba pidiendo a los países que suministraran información para algunas otras actividades de recopilación de datos y vigilancia, y se pidió a la Secretaría limitar o unificar sus solicitudes de información al máximo posible.

Varios delegados subrayaron la necesidad de una metodología flexible que pudiera adaptarse al contexto especial y a las características de la reforma en cada país. Se creía que la metodología podría ser una herramienta valiosa para destacar estrategias exitosas de reforma, pero debía tenerse mucho cuidado de no tratar de generalizar ni de hacer comparaciones entre los países, que quizá suscitasen errores o percepciones falsas. También se señaló que la reforma sanitaria era un proceso constante y multifacético que recibía la influencia de una amplia gama de factores, lo cual dificultaba evaluar si los cambios que ocurrían eran directamente atribuibles a las medidas adoptadas. En cuanto a los criterios para medir las repercusiones, se recalcó que, para que las reformas pudieran considerarse válidas, debían conducir a mejores indicadores de salud y calidad de vida, lo que significaba no solo mejorar los servicios médicos y curativos, sino también los servicios de salud pública, de promoción de la salud y preventivos. En este sentido, algunos delegados pensaban que la metodología se centraba excesivamente en la prestación y la administración de los servicios de salud, y se prestaba poca atención a los factores que influían en el desarrollo sanitario.

El Dr. López Acuña explicó que la metodología se describía detalladamente en la publicación *Metodología para el seguimiento y evaluación de las reformas del sector salud en América Latina y el Caribe*”, ya mencionada. El documento preparado para el Subcomité resumía solamente los elementos principales de la metodología y presentaba algunos de los resultados de su aplicación en varios países. Recalcó que la metodología estaba destinada a ser un marco general para identificar algunos denominadores comunes en los procesos de reforma en marcha en la Región. Sin embargo, podría adaptarse para tener en cuenta las diferencias entre los países y para analizar ciertos aspectos de la reforma sanitaria con mayor profundidad, según los tipos de reforma que se estaban aplicando en cada país. Apoyándose en el marco general, la Secretaría estaba creando instrumentos para evaluar el progreso en ámbitos concretos, como el acceso equitativo a los servicios de salud y el grado en que las autoridades sanitarias estaban desempeñando las funciones esenciales de salud pública. Se había programado una reunión de expertos para abril de 1999 destinada a analizar la primera ronda de aplicación de la metodología y a refinarla para reflejar mejor las tendencias y las repercusiones de los procesos de reforma sectorial.

La información derivada de la aplicación de la metodología se usaría para determinar las áreas críticas en las cuales se necesitaba mayor cooperación técnica. También se esperaba revelar los tipos de medidas de la reforma que habían resultado más eficaces y aportar información para la toma de decisiones a nivel nacional acerca de los procesos de reforma en curso. En respuesta a una pregunta de uno de los delegados, el

Dr. López Acuña observó que la Secretaría esperaba que con el tiempo la metodología se aplicaría en todos los países de la Región, incluidos el Canadá y los Estados Unidos. Aseguró al Subcomité que se harían todos los esfuerzos posibles para unificar las solicitudes de información con las solicitudes que se hacían para otras finalidades, como la tercera evaluación de la ejecución de la estrategia de salud para todos. Reconoció la dificultad para determinar si los cambios eran resultado de las medidas de la reforma sanitaria o de otros factores, especialmente en razón de que dicha reforma era, en general, un proceso a largo plazo que no producía efectos inmediatos. Sin embargo, la Secretaría consideraba que la metodología aportaba un buen marco general para documentar la naturaleza de los procesos de cambio y analizar si estaban relacionados con los resultados finales y en qué forma.

El Director recalcó que era importante distinguir entre la cooperación técnica sobre la cuestión de la reforma del sector de la salud y el seguimiento de dicho proceso. De conformidad con el mandato de la Cumbre de las Américas y del Consejo Directivo de la Organización, la Secretaría había preparado esta metodología para vigilar la reforma. Se reconoció que cualquier intervención en un sistema de salud, aunque fuese para fines de vigilar o evaluar, introducía cambios en el sistema, lo que hacía muy difícil aducir la causalidad. El seguimiento se complicaba todavía más debido a la existencia de una amplia gama de sistemas de salud en la Región. No obstante, era importante contar con una metodología o taxonomía que revelaría qué tipos de medidas se estaban tomando en el área de la reforma de salud y cuáles procesos eran más comunes.

Con relación a los comentarios sobre la poca importancia asignada en dicha metodología a la promoción de la salud, señaló que, en realidad, los procesos de reforma en los países a menudo no incluían muchas de las actividades de prevención y de promoción que la Organización consideraba necesarias para mejorar la salud pública. Un sistema diseñado para vigilar los procesos a nivel de país no podía abarcar elementos que no estuvieran incluidos en esos procesos. Sin embargo, la metodología de monitoreo serviría para demostrar tales deficiencias en los procesos de reforma sanitaria, y también pondría de relieve aquellas actividades de reforma que no tenían probabilidad de conducir a ningún cambio positivo en los sistemas de salud.

Salud de los trabajadores en la Región de las Américas (documento SPP32/7)

La Dra. Maritza Tennessee (Asesora Regional en Salud de los Trabajadores) examinó los antecedentes de la participación de la OPS en el área de salud de los trabajadores, presentó datos sobre este tema en la Región, y esbozó las principales actividades de cooperación técnica de la Organización, de conformidad con el Plan Regional de Salud de los Trabajadores. Un análisis de la situación de los trabajadores reveló grandes inequidades económicas y sociales, así como numerosos riesgos para su salud y bienestar. Una gran parte de los trabajadores de América Latina y el Caribe

estaban empleados en el sector informal, donde no tenían ningún acceso a la cobertura de atención de salud. Aun en el sector formal, en algunos países menos de la mitad de la población activa tenía cobertura regular de asistencia sanitaria. Un porcentaje significativo de trabajadores percibía ingresos de su trabajo que no bastaban para cubrir el costo de una cesta básica de bienes y servicios. La exposición a las sustancias tóxicas, las condiciones de trabajo insalubres e inseguras, los accidentes ocupacionales y el estrés psicológico en el ambiente de trabajo hacían que el lugar de trabajo fuese un importante factor de riesgo de enfermedad, discapacidad y muerte prematura. Ciertos grupos de trabajadores, especialmente las mujeres y los niños, estaban expuestos a niveles altos de riesgo.

El conjunto de enfermedades que aquejaba más comúnmente a los trabajadores, dados su naturaleza y origen, representaban los signos y los síntomas de lo que verdaderamente podría llamarse un “síndrome de injusticia social”, arraigado en la distribución desigual de la riqueza y la alta prevalencia de la pobreza en grandes segmentos de la población. Este problema complejo exigía una respuesta intersectorial, multidisciplinaria e integrada, cuya responsabilidad fuese compartida por todas las instituciones y los actores que tuviesen alguna función que desempeñar en la configuración de la salud de los trabajadores, en especial los gobiernos, las organizaciones laborales, las organizaciones empresariales, las universidades, los medios de comunicación y las organizaciones internacionales como la OPS.

El Plan Regional de Salud de los Trabajadores suministraba un enfoque integral, multisectorial, participativo y, especialmente, preventivo. Por encima de todo, el plan procuraba limitar la exposición de los trabajadores a los riesgos y prevenir el daño a su salud mediante actividades en cuatro áreas programáticas: calidad de los ambientes de trabajo, políticas y legislación, promoción de la salud de los trabajadores y servicios integrales de salud para los trabajadores. El plan ponía de relieve el liderazgo nacional y suministraba un marco de referencia para que los países lo utilizaran al formular planes, políticas y programas para mejorar la salud de los trabajadores. También contemplaba la participación de organizaciones internacionales, regionales y subregionales y otras instituciones, así como de los empleadores y los trabajadores mismos. El documento describía las actividades y los resultados esperados para cada área programática. Otro anexo distribuido por la Dra. Tennassee resumía algunas de las actividades llevadas a cabo en años recientes por los países, la OPS y otras organizaciones, y esbozaba los ámbitos de actividad para las principales organizaciones internacionales y otros actores preocupados por la salud de los trabajadores.

La Secretaría se mostraba optimista en cuanto a que el plan respondería eficazmente tanto a los viejos como a los nuevos retos en el ámbito de la salud de los trabajadores. Sin embargo, su éxito dependería de la colaboración, la cooperación, el compromiso y la coordinación entre las diversas instituciones y los actores participantes. El éxito a nivel de país dependería principalmente del liderazgo de los gobiernos

nacionales, especialmente de los ministerios de salud, que desempeñarían un papel crucial para facilitar la coordinación intersectorial necesaria con otros ministerios y dependencias gubernamentales. La voluntad política a todos los niveles también sería esencial para establecer un programa regional común sobre salud de los trabajadores.

El Subcomité elogió la calidad del documento, que suministraba una imagen completa de la situación de la salud de los trabajadores en la Región. La prevalencia de la pobreza y los jornales bajos, el gran número de niños que formaban parte de la fuerza laboral y la elevada proporción de la población activa empleada en el sector informal se consideraban sumamente preocupantes. Se señaló que el tema de la salud de los trabajadores estaba estrechamente vinculado al tema de la pobreza, que también era tratada por el Subcomité bajo otro tema del programa, y se sugirió que debería haber alguna vinculación o remisiones recíprocas entre los dos documentos. Varios delegados observaron que factores como los jornales bajos y el empleo de los niños no solo eran factores de riesgo para la salud de los trabajadores, sino que también perpetuaban el ciclo de la pobreza, que a su vez contribuía a causar muchos de los problemas de salud, o los agravaba. El Subcomité afirmó que la acción intersectorial era decisiva para superar tales problemas y estuvo de acuerdo en que los ministerios de salud debían desempeñar la principal función en cuanto a movilizar a los diversos actores y coordinar su trabajo.

El Plan Regional se consideró un marco sólido para la acción a los niveles nacional, subregional y regional. Sin embargo, se señaló que el documento enumeraba un gran número de actividades que se llevarían a cabo en las cuatro áreas programáticas, y se sugirió que quizá sería sensato asignarles un orden de prioridad para usar los recursos limitados de manera más eficaz. Con relación a las actividades planificadas para abordar las necesidades en asuntos de salud de los trabajadores del sector informal, se subrayó la dificultad de llegar a esa población por los canales institucionales normales, y se solicitó la aclaración de las estrategias para mejorar los servicios de salud —especialmente los servicios preventivos de salud— para los trabajadores del sector informal. También se pidió a la Secretaría que comentara más extensamente la colaboración de la OPS con otras organizaciones internacionales en el área de la salud de los trabajadores y sus esfuerzos para promover la investigación sobre salud ocupacional.

La Dra. Tennessee dijo que, al asignar prioridades a sus actividades, la OPS respondía a necesidades comunes determinadas por los países. En consecuencia, una alta prioridad a nivel regional era el desarrollo o el fortalecimiento de los sistemas de información, que todos los países habían indicado como necesarios para revelar la magnitud de los problemas y evaluar la eficacia de las medidas tomadas para abordarlos. La Organización había dedicado esfuerzos considerables para crear sistemas de información destinados a identificar los factores de riesgo asociados con la morbilidad ocupacional, calcular los costos, y por lo tanto determinar si las respuestas que se estaban dando eran eficaces en función de los costos, tanto en términos económicos como en

función de los indicadores de salud. Otra prioridad importante era la difusión de información. La OPS estaba trabajando para aumentar la disponibilidad de información mediante el uso de medios modernos, como el CD-ROM, Internet y otras redes de información. Estaba también colaborando con la Universidad de California para establecer un centro de distribución de información para el gran volumen de información sobre salud de los trabajadores que existía en América Latina y el Caribe, la mayoría de la cual no se había publicado en revistas indizadas. Una tercera prioridad era la de formación de recursos humanos para remediar la escasez enorme de personal de salud ocupacional, en particular en disciplinas relacionadas con la prevención primaria.

En cuanto a la promoción de la investigación, la OPS estaba promoviendo la investigación aplicada en cinco especialidades principales: impacto de los procesos de integración en la organización del trabajo y en los trabajadores; los problemas de los niños trabajadores; las mujeres, el trabajo y la salud; promoción de la prevención primaria; y promoción de la salud de los trabajadores dentro de los sistemas de salud. En cuanto al reto enorme de mejorar la salud de los trabajadores en el sector informal, la Organización estaba enfocando el problema desde varias perspectivas. Primero, creía que era necesario cambiar la orientación de los servicios de salud para pasar de un enfoque estrictamente curativo a la asignación de mayor importancia a la prevención y la promoción de la salud. Era también necesario extender su alcance hacia la comunidad y su colaboración con otras organizaciones comunitarias para que los servicios de salud fuesen más sensibles a las necesidades de la comunidad, en especial a las necesidades de los trabajadores informales. Los servicios de salud tendrían que ir en busca de los trabajadores informales, y no esperar a que ellos concurriesen a los servicios. Ecuador, que estaba incorporando la salud de los trabajadores a nivel de la atención primaria en las 52 provincias del país, constituía un ejemplo excelente de este modo de proceder.

El Director señaló que el tema de la salud de los trabajadores podría enfocarse de varias maneras: una podría ser la de intentar cambiar las políticas sobre el tema, otra podría ser mediante la introducción de cambios en los servicios de salud para los trabajadores, o podría tratarse de modificar el ambiente en el cual los trabajadores desempeñaban sus funciones. La OPS había elegido centrarse principalmente en la modificación del ambiente de trabajo mediante medidas preventivas, aunque eso no significaba que no estuviese atenta a la necesidad de prestar servicios de salud a los trabajadores. El criterio de la Organización sobre los servicios era que los servicios de salud corrientes deberían ser capaces de tratar los problemas de salud de todos, incluidos los trabajadores tanto del sector informal como del formal. En consecuencia, sus esfuerzos se orientaban no a la creación de servicios de salud ocupacionales especializados, sino al mejoramiento de la capacidad de los servicios de salud ordinarios para proporcionar asistencia sanitaria a todos los trabajadores.

En cuanto a las prioridades, dijo que las áreas prioritarias mencionadas por la Dra. Tennessee eran aquellas en las que se consideraba que la cooperación técnica de la Organización podría ser sumamente eficaz. Sin embargo, los recursos de la OPS a nivel regional eran muy limitados, lo cual hacía que fuese esencial movilizar a las instituciones y forjar alianzas nacionales con otros organismos para llevar a cabo todas las actividades previstas de acuerdo con el Plan Regional.

La salud y su contribución al alivio de la pobreza (documento SPP32/8)

Este tema fue presentado por el Dr. Juan Antonio Casas (Director, División de Salud y Desarrollo Humano), quien recordó que en numerosas ocasiones el Director había señalado que la equidad en la salud dependía no solo del acceso a los servicios de salud sino, más ampliamente, de la igualdad de oportunidades para llevar una vida sana y productiva. En la Región de las Américas, el factor principal que sustentaba la persistencia de las grandes inequidades en la salud era la pobreza. Esta era la causa principal de mala salud, de incapacidad y de falta de acceso a los servicios. Aun más, la carga de morbilidad más alta se encontraba entre los pobres. Desde hacía muchos años la OPS se había preocupado por la relación entre la salud y la pobreza, pero en particular desde la presentación del informe del Director en 1995 sobre la equidad y la salud. De igual manera, a nivel mundial, diversas iniciativas habían abordado el tema de la pobreza y la salud. El Banco Mundial había creado un grupo temático sobre este problema, y la OPS estaba trabajando estrechamente con ese grupo para establecer un grupo interinstitucional similar en la Región.

A continuación, el Dr. Edward Greene (Asesor, Políticas Públicas y Salud) presentó un resumen del trabajo de la Organización con relación a la salud y mitigación de la pobreza. Su exposición se centró en cinco áreas principales: aspectos conceptuales; situación sanitaria y pobreza; problemas en relación con acceso, financiamiento y pobreza; iniciativas dentro del sector de la salud y otros para abordar el problema de la salud y la pobreza; y prioridades de políticas sanitarias. Para estudiar la relación entre la salud y la pobreza, era necesario en primer lugar definir el concepto de pobreza. Tradicionalmente se había considerado que los pobres eran quienes no podían alcanzar un nivel de vida mínimo, o quienes se encontraban por debajo del umbral de pobreza, que era el nivel de ingresos necesario para satisfacer las necesidades básicas de los miembros de la familia. Desde hacía mucho tiempo existía un vínculo innegable entre la pobreza y la salud. Por una parte, la pobreza limitaba el acceso de las personas a los alimentos, la vivienda y otras necesidades básicas, como resultado de lo cual los pobres padecían mayor morbilidad y mortalidad. Por otra parte, la mala salud tendía a perpetuar la pobreza porque los individuos que estaban enfermos o discapacitados tenían una capacidad reducida para trabajar. Además, la enfermedad en un hogar imponía una mayor carga económica sobre los pobres que sobre los que no eran pobres.

Debido a que su morbilidad y riesgo de muerte eran mayores, las personas pobres tenían más necesidad de servicios de salud, pero la pobreza limitaba su acceso a dichos servicios. Además, los servicios de salud que podían costear los pobres solían ser de calidad inferior a los que estaban al alcance de quienes no eran pobres, y aun cuando los pobres tuvieran acceso a los servicios, para ellos sería más difícil recuperarse de la enfermedad debido a su estado nutricional e inmunitario deficientes y a sus condiciones de vida inferiores al promedio.

Varias iniciativas emprendidas en los países de las Américas habían tenido como finalidad mejorar la salud de los pobres. En los años ochenta, muchos países habían creado fondos sociales de emergencia y fondos de inversión social para mitigar los efectos negativos sobre la sociedad de los programas de ajuste estructural. Sin embargo, evaluaciones posteriores habían indicado que esos fondos habían sido más eficaces desde el punto de vista económico y no para el mejoramiento de la situación social o sanitaria. Su sostenibilidad a largo plazo también era problemática. En los años noventa, luego de esos fondos se habían iniciado reformas del sector de la salud, la mayoría de las cuales estaban destinadas al logro de la equidad. Todavía estaba por verse si las reformas sanitarias eficaces servirían para colmar las brechas entre los pobres y los no pobres en lo relativo a la equidad en el estado de salud y en el acceso a los recursos de salud.

A nivel internacional, la OPS y otros organismos bilaterales y multilaterales participaban en una amplia gama de iniciativas. La mayoría de las actividades de la OPS estaban centradas en torno a la generación, compilación y difusión de información sobre la interrelación de la salud, la equidad y la pobreza, así como al análisis de políticas y la promoción de las políticas destinadas a mejorar la situación sanitaria de los pobres. En el futuro inmediato, la OPS promovería la formulación, ejecución y evaluación de políticas encaminadas a mejorar la medición de las desigualdades de salud entre diferentes grupos socioeconómicos; la identificación de los problemas de salud especiales de los pobres para atacarlos de manera concertada; la concentración de subsidios públicos en la asistencia sanitaria para beneficio de los pobres; la evaluación el impacto sobre la reducción de la pobreza de intervenciones concretas de salud; la movilización del apoyo de las ONG para lograr más y mejor salud; la atención para los pobres; la atención prioritaria de los pobres mediante la promoción de la salud; y la promoción de la participación del sector de la salud en iniciativas de reducción de la pobreza.

El Sr. David Gwatkin (Banco Mundial) dijo que el Banco Mundial apreciaba el liderazgo de la OPS al destacar la vinculación entre la pobreza y la salud, y recibía con beneplácito la oportunidad de trabajar con la Organización en este asunto. Agregó que en el Banco cada vez había mayor interés por la salud de los pobres, lo que había suscitado recientemente varias actividades. Una de ellas era el establecimiento del grupo temático sobre la pobreza y la salud, del cual él era coordinador. El grupo procuraba aumentar el grado en que las operaciones crediticias del Banco para las actividades en materia de

salud, nutrición y población beneficiarían a los pobres. También, en el Banco Mundial se estaba elaborando información sobre las diferencias en cada país del estado de salud y el uso de los servicios sanitarios. Para esta tarea, el grupo se había basado en gran medida en la información compilada por la OPS. Otra actividad era la preparación del Informe sobre el Desarrollo Mundial para 2000-2001, cuyo tema sería la reducción de la pobreza. Un aspecto importante de esa actividad era la redefinición de la pobreza para reflejar no solo los factores económicos, sino también la dimensión social de la pobreza, incluida la salud.

El Subcomité afirmó la estrecha relación que existía entre la pobreza y la mala salud y apoyó el papel de la OPS al destacar los vínculos existentes entre la salud, la pobreza, la equidad y el desarrollo humano. La mejora de la salud de los pobres se consideraba como una estrategia valiosa para mejorar su situación socioeconómica y elevar su nivel de vida. Al mismo tiempo, se señaló que la mejora de la salud no ayudaría a aliviar la pobreza si no había oportunidades de empleo que proporcionaran a las personas ingresos suficientes para satisfacer las necesidades básicas de sus familias. En consecuencia, si bien el sector de la salud podría efectuar una contribución valiosa hacia la reducción de la pobreza, era necesaria la acción multisectorial para abordar las causas que generaban y perpetuaban el problema. Varios delegados recalcaron la necesidad de velar por la atención especial a las necesidades de los pobres en el marco de los esfuerzos de reforma sanitaria. Señalaron que no debía suponerse que las reformas beneficiarían automáticamente a los pobres. La garantía no solo de acceso igual sino también de calidad igual de la atención para el pobre se consideraba especialmente importante. Se creía que la reforma sanitaria debía verse como un proceso de transformación social profunda encaminado a promover la salud y el desarrollo humano de todos los miembros de la sociedad.

En cuanto al documento, se señaló que, si bien mostraba la relación entre la salud y la pobreza, no abordaba con claridad el tema clave de cómo la salud podría ayudar a aliviar la pobreza. Un delegado señaló que en el documento no se reconocían las pruebas indiscutibles de que los sistemas de asistencia sanitaria financiados por el sector público ayudaban a reducir las inequidades y a aliviar la pobreza, mientras que los sistemas financiados por el sector privado generaban mayor inequidad. Es más, la sustracción de recursos a los servicios públicos de asistencia sanitaria tenía una repercusión negativa sobre la calidad de la atención y los resultados de salud entre los pobres. El mismo delegado observó que si bien la orientación de los servicios a un público destinatario en especial —lo que parecía ser la estrategia principal propuesta en el documento— podría resultar útil para satisfacer las necesidades de los pobres en materia de salud, no iba al meollo del problema.

El Dr. Greene dijo que la finalidad del documento había sido presentar un resumen de los estudios y las iniciativas en la Región en relación con la pobreza y la salud. La

intención no era analizar los resultados de esas actividades, aunque sí indicaba algunas enseñanzas implícitas. No obstante, estuvo de acuerdo en que era importante abordar la cuestión de si la salud pudiese aliviar la pobreza. La Organización tenía varios proyectos que se esperaba producirían algunas respuestas. Uno se ocupaba de la inversión en la salud y la equidad como un medio de mitigar la pobreza, y otro estaba considerando la manera en que los diferentes métodos de gestión y de financiamiento de la asistencia sanitaria podrían reducir el impacto de la pobreza. Este último había revelado que los sistemas financiados por el sector público, como el sistema del Canadá, suministraban algunas enseñanzas valiosas. Toda la información resultante de ese proyecto se incluiría en el informe final del proyecto que se prepararía más adelante. En cuanto a la necesidad de emprender acciones multisectoriales para aliviar la pobreza, señaló que, si bien todos estaban de acuerdo en que era necesario, nadie había establecido exactamente en qué forma las actividades multisectoriales podrían aportar beneficios para los pobres, a menos que se orientaran a resolver un problema concreto. Agregó que en la OPS se creía que era necesario aumentar la capacidad de las autoridades sanitarias para interconectarse con otros organismos tanto del sector público como privado para emprender iniciativas multisectoriales que tuviesen un impacto real sobre la pobreza.

El Director señaló que un estudio del Banco Mundial había revelado que era necesario abordar tres problemas básicos para mitigar la pobreza: la desigualdad del acceso a la tierra, la desigualdad del acceso a la educación y la desigualdad del acceso a la salud. En consecuencia, la tesis que constituía la base de la labor de la OPS en este ámbito era que la inversión sanitaria ayudaría a mitigar la pobreza. La OPS también defendía el punto de vista de que la inequidad y la mala distribución de los ingresos por sí mismos, independientemente de los niveles de pobreza, estaban relacionados con los resultados de salud y que la inversión sanitaria podría servir para reducir la desigualdad en los ingresos. Por consiguiente, la Organización estaba tratando de proporcionar o de producir datos que permitieran a los ministros de salud, a nivel nacional, argumentar en favor de este tipo de inversión como un medio de reducir la pobreza, la inequidad y los malos resultados en cuestiones de salud derivados de la desigualdad en los ingresos. Cualquier documento futuro sobre la pobreza y la salud expondría con claridad los intereses y el enfoque de la Organización en esta cuestión.

El tema de la focalización estaba estrechamente vinculado a la forma como se concibe al pobre. Si se aceptara que la distribución de los recursos materiales sigue una curva de Gauss y los pobres solo representaban una parte de la curva, el enfoque a la reducción de pobreza debería consistir en intervenciones sociales que apuntaran a modificar la curva. Pero si los pobres se considerasen como un grupo especial debido a ciertas características particulares, el enfoque apropiado sería la focalización. Otra cuestión importante era si las reformas en el sector de la salud estaban perjudicando a los pobres. La OPS consideraba esencial dirigir la atención a la necesidad de tener en cuenta

a los pobres como un grupo especial en el proceso de reforma. No debía darse por sentado que el mejoramiento en el estado de salud general resultaría automáticamente en un mejoramiento en la situación de los pobres.

Resistencia a los antimicrobianos y enfermedades emergentes y reemergentes (documento SPP32/9)

El Dr. Marlo Libel (Asesor en Enfermedades Transmisibles) señaló que el aumento en el número de viajeros, el comercio de alimentos y de otros productos, así como la transmisión de enfermedades a través de las fronteras internacionales aumentaba el riesgo de la introducción de nuevas enfermedades y el resurgimiento de las viejas. Otra grave amenaza era la aparición de agentes patógenos cada vez más virulentos debido a la creciente resistencia a los antimicrobianos. El funcionario presentó datos sobre varias enfermedades emergentes y reemergentes que habían amenazado a la Región en los últimos años, en especial el cólera, la peste, el dengue, la leptospirosis, la fiebre amarilla, el síndrome pulmonar por hantavirus y la encefalitis equina venezolana. En este contexto, la “sociedad de Internet” representaba tanto un reto como una oportunidad para los funcionarios de salud pública. Si bien la Internet y otros medios de comunicación modernos podrían ser vehículos eficaces para la difusión rápida de información al público, también podrían ser el origen de rumores que ocasionaban alarma indebida. Era necesario contar con normas claras para comunicarse con los medios a objeto de suministrar información exacta y reducir los posibles efectos negativos de la cobertura de los brotes de enfermedades por los medios de comunicación.

Para responder a estos retos, agregó el Dr. Libel, la OPS estaba promoviendo un enfoque triple que constaba de los siguientes componentes: vigilancia de enfermedades y síndromes emergentes, detección y respuesta en caso de brotes, y vigilancia y prevención de la resistencia a los antimicrobianos. Un cuarto componente que tenía relación con los otros tres era el fortalecimiento de la capacidad de laboratorios de salud pública. Este enfoque se había concebido sobre la base de las recomendaciones del grupo de trabajo formado por expertos que había formulado normas para ejecutar el plan regional de acción para combatir las enfermedades infecciosas nuevas, emergentes y reemergentes, adoptado en 1995. La visión de la Organización para el siglo XXI era velar por la existencia de sistemas nacionales fuertes para la vigilancia de enfermedades, de redes regionales para vigilar las enfermedades, de intercambio de información rápido, y preparativos y respuestas eficaces tanto a nivel nacional como internacional.

De conformidad con el componente de vigilancia, la actividad principal era el diseño y la ejecución de una plataforma electrónica para toda la Región destinada a la comunicación instantánea de la aparición de enfermedades. Una vez implantado, el sistema de vigilancia usaría la tecnología de Internet. A objeto de complementar el sistema de vigilancia, la Organización estaba trabajando con los países en el

fortalecimiento de la capacidad subregional y nacional para detectar y responder a los brotes mediante equipos multidisciplinarios de respuesta. De igual manera, bajo el componente de respuesta a los brotes, la OPS estaba preparando materiales de adiestramiento, incluidos algunos encaminados a mejorar la calidad de la notificación a los medios de comunicación sobre los brotes. En cuanto al tercer componente, con miras a evaluar la magnitud real de la resistencia a los antimicrobianos en la Región y a combatir el mal uso de los antibióticos, la OPS estaba colaborando con varios organismos prominentes, incluidos los Centros de Laboratorios para el Control de Enfermedades (LCDC), en el Canadá, y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, en los Estados Unidos de América. El fortalecimiento de los laboratorios era un aspecto importante de los tres componentes. El documento presentaba mayor información sobre las actividades programadas bajo cada componente así como un recuento de actividades previas de cooperación técnica de la OPS en relación con las enfermedades emergentes y reemergentes y la resistencia a los antimicrobianos.

El Subcomité expresó que consideraba apropiada la estrategia triple, y elogió el liderazgo de la Organización en el fortalecimiento de la capacidad para la vigilancia y la respuesta a los brotes. Se hicieron varias preguntas sobre aspectos concretos de las actividades descritas en el documento. En cuanto a las redes subregionales de laboratorios para la vigilancia de las enfermedades emergentes, se solicitó más información sobre los planes para el desarrollo de dichas redes en Centroamérica y el Caribe, ya que el documento mencionaba solo las redes en la Región de la Amazonia y el Cono Sur. También se hicieron preguntas sobre la coordinación entre las redes subregionales y los centros existentes de vigilancia subregional, como el Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC). En lo referente a la plataforma electrónica para la notificación de los datos de vigilancia, se sugirió que la vinculación de ese sistema a los sistemas de información geográfica de la Organización —que fueron tratados por el Subcomité bajo otro punto del orden del día— mejoraría el análisis de la información sobre las enfermedades emergentes y reemergentes. Se señaló que habría muchos posibles usuarios para el sistema electrónico, además de los profesionales de salud pública.

Un delegado señaló que la existencia de diferentes definiciones de caso tendía a sesgar los datos sobre los brotes e inquirió acerca de lo que se estaba haciendo para armonizar las definiciones de caso. En cuanto a las actividades programadas en el área de respuesta a los brotes, se pidió a la Secretaría suministrar más información sobre la naturaleza del equipo de respuesta regional y comentar cómo se contemplaba la sostenibilidad de los equipos de respuesta multidisciplinaria a nivel de país con el transcurso del tiempo. Se señaló que las actividades planificadas y en marcha con relación a la resistencia a los antimicrobianos parecían ser más reactivas que preventivas, y se puso de relieve la necesidad de adoptar estrategias preventivas, como por ejemplo, políticas apuntadas a la reducción del uso indiscriminado de los antibióticos.

En respuesta al último comentario, el Dr. Libel explicó que el documento mencionaba solo unas cuantas de las actividades de Organización en el área de la resistencia a los antimicrobianos. Uno de los componentes principales del Plan Regional de Acción para el Control y la Prevención de la Resistencia a los Antimicrobianos era la formulación de políticas. Otro era la promoción de actividades de adiestramiento destinadas no solo a los estudiantes de medicina sino también a los médicos en ejercicio, por conducto de las asociaciones médicas, para aumentar la toma de conciencia sobre el problema y prevenir el mal uso de los antibióticos. Con respecto a la plataforma electrónica, estaba destinada a ser un mecanismo para ayudar a los gobiernos y a las instituciones de los países a que permanezcan informados acerca de los brotes de enfermedades en los países vecinos y en la Región en conjunto. La OPS estaba tratando de incluir la mayor cantidad de información posible sobre los niveles municipal y estatal, ya que la información para el país en su totalidad a menudo no identificaba claramente las áreas problemáticas. La utilización de los sistemas de información geográfica en verdad ayudaría a especificar las zonas en alto riesgo para la transmisión de enfermedades.

En cuanto a las redes subregionales, las dos mencionadas en el documento eran las que actualmente estaban más desarrolladas. Sin embargo, CAREC también estaba haciendo un trabajo importante en el Caribe, no solo en lo relativo a los laboratorios, sino también en la capacitación de los epidemiólogos del campo y apoyando a los países en las situaciones de brote. También se había programado el establecimiento de una red de laboratorios en Centroamérica. En cuanto a los equipos multidisciplinarios, la experiencia había indicado que hacían falta por lo menos dos años para adiestrar un equipo. El adiestramiento había empezado inicialmente en Centroamérica en respuesta al huracán Mitch. La Organización se proponía combinar el financiamiento que había recibido para ese adiestramiento inicial con un proyecto subregional de epidemiología de campo en Centroamérica como un medio de mantener el adiestramiento de los equipos multidisciplinarios. CAREC estaba iniciando un proyecto similar en el Caribe de habla inglesa, y con el tiempo el adiestramiento sobre respuesta a los brotes se extendería a todos los países. El equipo regional de respuesta, tal como había sugerido unos de los delegados, era un “equipo virtual”. No se trataba de un grupo de individuos que desde Washington se despacharían a diferentes lugares de la Región; lo que se hacía era que equipos de expertos de diversos países se movilizaban y se desplegaban a medida que surgía la necesidad.

En lo que se refería a las definiciones de caso, había un manual de la OPS/OMS con definiciones estándar de casos para todas las enfermedades mencionadas en el documento. El problema era que los países adaptaban esas definiciones generales de diferentes maneras, según su propia realidad y capacidades locales de laboratorio. La Organización se proponía difundir definiciones estándar de casos por medio de la plataforma electrónica y esperaba que con el tiempo todos los países adoptaran las mismas definiciones.

Sistemas de información geográfica en salud (documento SPP32/10)

El Dr. Carlos Castillo Salgado (Coordinador, Programa Especial de Análisis de la Situación de Salud) recordó que en 1997 se había presentado a los Cuerpos Directivos información sobre el sistema de datos básicos y perfiles de países de la Organización. El sistema actual incluía 117 indicadores en cinco áreas temáticas (datos demográficos; datos socioeconómicos; mortalidad; morbilidad y factores de riesgo; y recursos, acceso y cobertura de servicios de salud). Se estaban incorporando los sistemas de información geográfica (SIG) en el sistema de datos básicos para mejorar la capacidad de manejar geográficamente los datos de referencia. La OPS, por lo tanto, estaría mejor preparada para cumplir su mandato de seleccionar, recabar, organizar, mantener y usar los datos y la información para determinar e informar sobre el perfil y las características de la situación sanitaria de diferentes grupos de población y zonas geográficas. Esta plataforma mejorada permitiría una identificación más precisa de las zonas y los grupos que tenían mayores necesidades básicas e inequidades no atendidas en asuntos de salud, así como de los que se encontraban en mayor peligro de muerte o de sufrir enfermedades y los factores determinantes de ese mayor riesgo. También ayudaría a focalizar las intervenciones y a evaluar su impacto. Al mismo tiempo, indicaría las zonas sanas con indicadores positivos, lo que ayudaría a identificar iniciativas de promoción de la salud que habían sido fructíferas.

Ya era fácil disponer de los SIG para instalarlos en computadoras personales, pues su costo se había reducido sustancialmente y su utilización era factible con la tecnología que existía en el sector de la salud en la mayoría de los países de la Región. No obstante, todavía quedaban varios retos que debían superarse, entre ellos la falta de paquetes de SIG destinados especialmente al análisis de la situación epidemiológica y sanitaria; la falta de aplicaciones de bajo costo, fáciles de usar, especialmente para el nivel de atención primaria; la falta de bases de datos geográficas desglosadas al nivel local más bajo; sistemas fragmentados de información sanitaria en los países; y la necesidad de adiestramiento en el uso de la tecnología de los SIG.

Uno de los objetivos específicos de los sistemas de información geográfica en salud era el de facilitar, por medio de un sistema simplificado y una plataforma basada en la Web, la integración de datos cuantitativos y tabulares con datos cartográficos para presentar información más completa sobre la situación de salud. Puesto que el sistema emplearía una plataforma independiente basada en la Web, el personal de los países podría usarlo fácilmente, al margen de que tuviesen o no programas de SIG instalados en sus sistemas de computación y de su sistema operativo. También permitiría que los usuarios utilizaran rápidamente las bases de datos, así como las bases de datos de otros países y regiones, lo que a su vez facilitaría el análisis rápido de la información.

El Dr. Castillo demostró cómo podría usarse el sistema para utilizar simultáneamente diversas clases de datos, incluidos datos sobre proyección, datos tabulares y datos directos. También mostró cómo el mismo indicador podría considerarse desde una perspectiva regional, por país, y por áreas locales dentro de los países. Para una zona geográfica dada también era posible considerar simultáneamente diversos indicadores, por ejemplo, la población, el hacinamiento y la cobertura de los servicios de salud, lo que facilitaría la focalización de las intervenciones. Utilizando imágenes de Centroamérica, mostró cómo era posible agregar capas con mayores detalles para mostrar los efectos del huracán Mitch en una comunidad concreta, con datos sobre las características de la comunidad, las vías de acceso, la ubicación de los centros de salud, el daño a la infraestructura causado por el huracán, las zonas en riesgo de inundación, las zonas de alto riesgo para la transmisión de enfermedades y otra información necesaria para determinar las zonas con mayor necesidad de socorro y de intervenciones de apoyo.

El Subcomité estuvo de acuerdo en que los sistemas de información geográfica eran una herramienta valiosa para analizar la situación sanitaria, a fin de identificar áreas problemáticas y focalizar las intervenciones, especialmente porque permitían visualizar los datos epidemiológicos y capas de datos de diferentes fuentes. Su uso para visualizar las áreas sanas, y por lo tanto identificar las actividades eficaces de promoción de la salud, también se consideró muy importante. Se señaló que los SIG podrían ser especialmente útiles para los encargados de la toma de decisiones, en especial para quienes no estaban habituados a manejar datos epidemiológicos, porque suministraban una imagen clara y rápida de la situación y permitían ver donde eran más necesarios los recursos. También se subrayó su valor potencial para analizar y evaluar los procesos de reforma del sector de la salud.

En cuanto al adiestramiento para el uso de los SIG, se recalcó la necesidad de procurar el adiestramiento en epidemiología junto con el adiestramiento en el uso del sistema mismo. Varios delegados señalaron que, sin ese adiestramiento, se corría el riesgo de que la información se interpretara equivocadamente. Se consideraba particularmente importante velar por que al presentarle al público en general información derivada de los SIG por conducto de los medios de comunicación de masas u otros medios, dicha información fuera interpretada y explicada de manera clara y sencilla por las personas experimentadas en el análisis epidemiológico, a fin de evitar la confusión o los malos entendidos.

Se hicieron varias preguntas acerca de los requisitos técnicos para utilizar el sistema y las vinculaciones entre el sistema de información de la OPS y los sistemas de información de otros organismos de las Naciones Unidas. Con relación a los problemas que el Dr. Castillo había citado como obstáculos al mayor uso de los SIG, se sugirió que el Instituto Panamericano de Geografía e Historia quizá fuera una buena fuente de mapas y datos geográficos sobre los niveles locales.

Respondiendo a las preguntas, el Dr. Castillo explicó que la velocidad con la cual podrían obtenerse los datos de los SIG a través de Internet dependía tanto del tamaño de los servidores como de la capacidad de las líneas telefónicas. La OPS estaba proponiendo establecer servidores en espejo para las diversas subregiones a objeto de facilitar el acceso al sistema. Estuvo de acuerdo en que el Instituto Panamericano de Geografía e Historia sería un buen recurso para obtener los mapas. Otra buena fuente de mapas eran los sistemas geográficos nacionales, que en algunos países estaban muy desarrollados. En cuanto a la interconexión con otros sistemas de datos, el sistema de la OPS era plenamente compatible con el sistema estadístico de las Naciones Unidas, y la Organización estaba estudiando maneras de coordinar todavía más todas sus bases de datos con las de otros organismos de las Naciones Unidas. En lo referente al adiestramiento, la OPS estaba insistiendo en el uso de los SIG como una herramienta para mejorar el análisis epidemiológico y estaba apoyando a instituciones nacionales en el adiestramiento de los epidemiólogos para que utilizaran estos sistemas eficazmente. En cuanto a la contribución que los SIG podrían efectuar a la evaluación de los procesos de reforma del sector de la salud, dijo que la Organización estaba trabajando para aumentar la utilidad de los sistemas no solo para el análisis epidemiológico sino como una herramienta de información para la gestión.

El Director señaló que los sistemas de información geográfica proporcionaban otros medios de identificar las inequidades y las brechas en la situación sanitaria y en el acceso a los servicios. La OPS consideraba que podrían ser un instrumento muy importante para tomar decisiones acerca de cómo asignar los recursos y sobre el tipo de recursos que se asignarían, así como para evaluar el impacto de esos recursos.

Otros asuntos

El Director puso al Subcomité al corriente de varias iniciativas en marcha dentro de la Organización. Recordó que en la Conferencia Sanitaria Panamericana de septiembre de 1998 había mencionado la posibilidad de colaborar con otros organismos que trabajaban en la esfera de la salud a fin de formular un programa sanitario conjunto para las Américas. Había contactado al Banco Interamericano de Desarrollo y al Banco Mundial, por ser estos organismos los dos inversionistas principales en el sector sanitario en la Región, y le complacía informar que ambas instituciones se habían mostrado entusiastas acerca de la idea de trabajar con la OPS para desarrollar ese programa. La OPS esperaba que, con el tiempo, otros organismos se incorporarían en este esfuerzo colaborativo.

Otra iniciativa importante abordaba las funciones esenciales en el terreno de la salud pública. Había una cierta falta de claridad en cuanto a lo que eran esas funciones. La OPS consideraba que, en vista de que el público estaba compuesto de individuos, velar por la atención a la salud de los individuos era una de las funciones de salud pública de las

cuales el Estado era responsable, aunque el Estado no necesariamente tenía que prestar servicios de salud directamente. Se había creado un grupo de trabajo pequeño bajo el liderazgo del Dr. Carlyle Guerra de Macedo, Director Emérito de la OPS, para estudiar cómo se estaban desempeñado algunas funciones de salud pública esenciales a nivel nacional y para explorar cómo la Organización podría tal vez ejercer una influencia positiva con respecto a las escuelas de salud pública, las escuelas de medicina y los ministerios de salud para lograr que se tomaran las medidas adecuadas para favorecer la salud del público.

El Dr. Alleyne también esbozó varios cambios que se habían hecho para mejorar la estructura funcional de la Secretaría y que le permitirían acatar mejor las orientaciones estratégicas y programáticas establecidas por los Cuerpos Directivos. Esos cambios incluían la creación de una división nueva de vacunas e inmunización para asignar mayor importancia a la introducción de las vacunas nuevas y fortalecer los programas de vacunación en los países; la reestructuración, dentro de la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, de las áreas que se ocupaban de los sistemas de información y tecnología de la información para dejar claro que se trataba de funciones diferentes, aunque complementarias; cambios internos dentro del Programa de Modos de Vida Sanos y Salud Mental para concentrar más atención en el abuso de sustancias, especialmente en el tabaco; la creación de un programa especial sobre información sanitaria para crear las herramientas que les permitirían a los países identificar las inequidades; y el establecimiento de un comité de administración a objeto de lograr mayor semejanza entre las prácticas administrativas de la Organización en la Sede y en los países.

Además, anunció que el Dr. Juan Manuel Sotelo sería trasladado a otro puesto dentro de la Organización y le agradeció sus servicios como Jefe de la Oficina de Análisis y Planificación Estratégica (DAP) y como Secretario Técnico del Subcomité.

Con relación a la lucha antitabáquica, dijo que le complacía informar que la OEA seguía mostrándose entusiasta acerca de la posibilidad de firmar una convención regional sobre el tema. Los funcionarios de la OMS también seguían convencidos de que la formulación de una convención interamericana fortalecería las posibilidades de lograr la adopción de una convención mundial sobre la lucha antitabáquica. La OPS tenía la esperanza de que la Asamblea General de la OEA, a celebrarse en junio de este año, aprobaría una resolución para dar instrucciones a la OPS y a la OEA de que colaboraran hacia la elaboración de una convención regional.

En respuesta a las inquietudes expresadas por uno de los delegados acerca de la conveniencia de proceder con una convención regional sobre la lucha antitabáquica —especialmente si esta quizás iba a entorpecer los esfuerzos para formular una convención mundial— el Director reiteró que los funcionarios de la OMS apoyaban plenamente la formulación de una convención regional. Había estado en contacto en

varias ocasiones con los doctores Brundtland y Yach, y ambos sostenían que la adopción de una convención interamericana no solo no entorpecía los esfuerzos mundiales, sino que probablemente los facilitaría.

En respuesta a la pregunta sobre las enmiendas propuestas a la Constitución de la OPS, que se habían programado para la consideración por el Consejo Directivo en septiembre, el Director Adjunto, Dr. David Brandling-Bennett, dijo que los cambios propuestos se distribuirían antes de la sesión del Comité Ejecutivo en junio de 1999 y con mucha anterioridad al período obligatorio de 90 días requerido para la consideración de los cambios constitucionales por el Consejo Directivo.

Un delegado señaló que la práctica de incluir información financiera en los documentos sobre las actividades programáticas parecía haberse suspendido y solicitó que en futuros documentos preparados para el Subcomité se incluya información sobre los gastos o los gastos propuestos.

Clausura de la sesión

El Presidente expresó el agradecimiento del Subcomité a todos los que habían hecho exposiciones técnicas sobre los diversos temas del programa y a los funcionarios de la Secretaría por su apoyo para que la reunión transcurriera sin tropiezos. También agradeció a todos los delegados sus valiosas contribuciones a las discusiones y luego declaró clausurada la sesión.

ORDEN DEL DÍA

1. Apertura de la sesión
2. Adopción del orden del día y del programa de reuniones
3. Anteproyecto de presupuesto por programas de la Organización Panamericana de la Salud, 2000-2001
4. Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción
5. La salud en los procesos de las Cumbres
6. Seguimiento y evaluación de los procesos de reforma sectorial en salud
7. Salud de los trabajadores en la Región de las Américas
8. La salud y su contribución al alivio de la pobreza
9. Resistencia antimicrobiana y enfermedades emergentes y reemergentes
10. Sistemas de información geográfica en salud
11. Otros asuntos

LISTA DE DOCUMENTOS

<i>No. del documento</i>	<i>Título</i>
SPP32/1 y SPP32/WP/1	Adopción del orden del día y del programa de reuniones
SPP32/3	Anteproyecto de presupuesto por programas de la Organización Panamericana de la Salud, 2000-2001
SPP32/4	Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción
SPP32/5	La salud en los procesos de las Cumbres
SPP32/6	Seguimiento y evaluación de los procesos de reforma sectorial en salud
SPP32/7	Salud de los trabajadores en la Región de las Américas
SPP32/8	La salud y su contribución al alivio de la pobreza
SPP32/9	Resistencia antimicrobiana y enfermedades emergentes y reemergentes
SPP32/10	Sistemas de información geográfica en salud

**LIST OF PARTICIPANTS
LISTA DE PARTICIPANTES**

**MEMBERS OF THE SUBCOMMITTEE
MIEMBROS DEL SUBCOMITÉ**

CANADA/CANADÁ

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

COLOMBIA

Dr. Rolando Peñaloza Quintero
Director de Estudios Económicos
Inversión Pública
Ministerio de Salud
Santa Fe de Bogotá

CUBA

Dr. Antonio González Fernández
Jefe del Departamento de
Organismos Internacionales
Ministerio de Salud Pública
La Habana

Sr. Miguel Landeras Álvarez
Primer Secretario
Misión Permanente de Cuba ante
las Naciones Unidas
New York, N.Y.

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

CUBA (cont.)

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

Sr. Roberto García Hernández
Segundo Secretario
Sección de Intereses de Cuba
Washington, D.C.

ECUADOR

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

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

Dr. Andrés Montalvo
Representante Alterno ante la Organización
de los Estados Americanos
Washington, D.C.

MEXICO/MÉXICO

Lic. Eduardo Jaramillo
Director General de Asuntos Internacionales
Secretaría de Salud
México, D.F.

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

MEXICO/MÉXICO (cont.)

Dra. Melba Muñíz Martelón
Directora de Apoyo y Gestión Internacional
Dirección General de Asuntos Internacionales
Secretaría de Salud
México, D.F.

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

PANAMA/PANAMÁ

Dra. Enelka González de Samudio
Secretaria General
Ministerio de Salud
Ciudad de Panamá

UNITED STATES OF AMERICA/ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

Mr. Richard Walling
Director, Office for the Americas
and Middle East
Office of International and Refugee Health
U.S. Public Health Service
Department of Health and Human Services
Rockville, Maryland

Ms. Mary Lou Valdez
International Health Officer
Office of International and Refugee Health
U.S. Public Health Service
Department of Health and Human Services

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

UNITED STATES OF AMERICA/ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA (cont.)

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

BRASIL/BRAZIL

Sr. Roberto Coutinho
Representante Alterno del Brasil ante
la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

NICARAGUA

Dr. Miguel López Baldizón
Director General
División de Planificación y Sistemas de Información
Ministerio de Salud
Managua

URUGUAY

Sra. Susana Rosa
Representante Alternas del Uruguay ante
la Organización de los Estados Americanos
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

Advisors 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, Division of 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.)

Dr. Diana Serrano LaVertu
Chief, Department of Personnel

Technical Secretary
Secretario Técnico

Dr. Juan Manuel Sotelo

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