



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



124.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C., 21 al 25 de junio de 1999

Punto 3.1 del orden del día provisional

CE124/5 (Esp.)
10 mayo 1999
ORIGINAL: ESPAÑOL

INFORME DEL SUBCOMITÉ DE PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN

El Subcomité de Planificación y Programación celebró dos sesiones durante el período transcurrido desde la última sesión del Comité Ejecutivo: la 31.^a sesión los días 23 y 24 de noviembre de 1998 y la 32.^a Sesión los días 25 y 26 de marzo de 1999.

Durante la 31.^a sesión se contó con la asistencia de representantes de los siguientes Miembros del Subcomité elegidos por el Comité Ejecutivo o designados por el Director: Antigua y Barbuda, Canadá, Chile, Ecuador, Estados Unidos de América, México y Panamá. También estuvieron presentes observadores por Argentina, Bahamas y Cuba.

En la 32.^a sesión asistieron los representantes de los siguientes Miembros del Subcomité: Canadá, Colombia, Cuba, Ecuador, México, Panamá y los Estados Unidos de América. También estuvieron presentes observadores por Brasil, Nicaragua y Uruguay. El Banco Mundial también envió un representante.

Fueron electos a la Mesa Directiva del Subcomité para las dos sesiones los representantes de Ecuador como Presidente, de Panamá como Vicepresidente y de México como Relator.

Los siguientes temas fueron considerados durante estas sesiones:

La violencia contra la mujer en las Américas
Informe sobre la respuesta de la OPS al huracán Mitch
Programa de Becas de la Organización Panamericana de la Salud
Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia

./..

Contaminantes orgánicos persistentes
Evaluación de la cooperación técnica de la OPS en la Argentina
Programas de garantía de calidad de la atención de salud
Fortalecimiento de los bancos de sangre en la Región de las Américas
Factibilidad de formular una convención regional para la lucha antitabáquica
La salud en los procesos de las Cumbres
Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción
Anteproyecto de presupuesto por programas de la Organización Panamericana
de la Salud, correspondiente el bienio 2000-2001
Seguimiento y evaluación de los procesos de reforma sectorial en salud
Salud de los trabajadores en la Región de las Américas
La salud y su contribución al alivio de la pobreza
Resistencia a los antimicrobianos y enfermedades emergentes y reemergentes
Sistemas de información geográfica en salud

Se anexan los informes finales correspondientes a las dos sesiones.

Anexos



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



SUBCOMITÉ DE PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

31.ª sesión, 23 y 24 de noviembre de 1999

CE124/5 (Esp.)
Anexo A

SPP32/FR, Rev.1 (Esp.)
24 noviembre 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 violencia contra la mujer en las Américas	4
Informe sobre la respuesta de la OPS al huracán Mitch	7
Programa de Becas de la Organización Panamericana de la Salud.....	9
Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia.....	12
Contaminantes orgánicos persistentes	14
Evaluación de la cooperación técnica de la OPS en la Argentina.....	17
Programas de garantía de calidad de la atención de salud	21
Fortalecimiento de los bancos de sangre en la Región de las Américas.....	25
Factibilidad de formular una convención regional para la lucha antitabáquica.....	28
Otros asuntos.....	29
Clausura de la sesión.....	29
 Anexo A: Orden del día	
Anexo B: Lista de documentos	
Anexo C: Lista de participantes	

INFORME FINAL

La 31.^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 23 y 24 de noviembre de 1998.

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

Mesa Directiva

El Subcomité eligió la siguiente Mesa Directiva para la 31.^a y la 32.^a sesiones:

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

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

Apertura de la sesión

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

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

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

Presentación y debate de los puntos del orden del día

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Informe sobre la respuesta de la OPS al huracán Mitch

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Factibilidad de formular una convención regional para la lucha antitabáquica

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

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

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

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

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

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

Otros asuntos

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

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

Clausura de la sesión

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

ORDEN DEL DÍA

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

LISTA DE DOCUMENTOS

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

**LIST OF PARTICIPANTS
LISTA DE PARTICIPANTES**

**MEMBERS OF THE SUBCOMMITTEE
MIEMBROS DEL SUBCOMITÉ**

**ANTIGUA AND BARBUDA
ANTIGUA Y BARBUDA**

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

**CANADA
CANADÁ**

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

CHILE

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

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

ECUADOR

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

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

MEXICO
MÉXICO

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

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

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

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

PANAMA
PANAMÁ

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

UNITED STATES OF AMERICA
ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

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

Ms. Mary Lou Valdes
International Health Officer (Americas)
Office of International and Refugee Health
U.S. Public Health Service
Department of Health and Human Services
Rockville, Maryland

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

**OTHER MEMBER STATES
OTROS ESTADOS MIEMBROS**

ARGENTINA

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

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

BAHAMAS

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

CUBA

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

Dr. Rene Ruíz Armas
Ministerio de Salud Pública
La Habana

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

CUBA (*cont.*)

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

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

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

**PAN AMERICAN SANITARY BUREAU
OFICINA SANITARIA PANAMERICANA**

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

Sir George Alleyne
Director

***Advisers to the Director
Asesores del Director***

Dr. David Brandling-Bennett
Deputy Director

Dr. Mirta Roses
Assistant Director

Mr. Eric J. Boswell
Chief of Administration

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

Mr. Horst Otterstetter
Director, Division of Health and Environment

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

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

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

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

Dr. Irene Klinger
Chief, Office of External Relations

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

Technical Secretary
Secretario Técnico

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

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

Dr. Richard P. Marks

Chief, Conference Services
Jefe, Servicios de Conferencias

Ms. Janice A. Barahona



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

CE124/5 (Esp.)
Anexo B

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