



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



132.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C., EUA, 23-27 de junio de 2003

Punto 3.1 del orden del día provisional

CE132/5 (Esp.)

29 abril 2003

ORIGINAL: INGLÉS

INFORME SOBRE LA 37.^a SESIÓN DEL SUBCOMITÉ DE PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN

1. El Subcomité de Planificación y Programación celebró su 37.^a sesión en la Sede de la Organización en Washington, D.C., los días 26, 27 y 28 de marzo de 2003.
2. Asistieron a la sesión los delegados de los siguientes Miembros elegidos por el Comité Ejecutivo o designados por el Director: Canadá, Cuba, Dominica, El Salvador, Honduras, Perú, Estados Unidos de América y Uruguay. También estuvieron presentes observadores por Argentina, Bolivia, Francia, Guatemala, México y Panamá.
3. Fueron electos como autoridades los delegados de Dominica (Presidente), de Honduras (Vicepresidente) y de los Estados Unidos de América (Relator.)
4. Los siguientes temas fueron considerados durante estas sesiones:
 - Orientaciones de política para la Organización Panamericana de la Salud y reorganización de la Oficina Sanitaria Panamericana para la ejecución del Plan Estratégico 2003-2007;
 - Proyecto de presupuesto por programas de la Organización Panamericana de la Salud para el ejercicio financiero 2004-2005;
 - Globalización y salud;
 - Familia y salud;
 - Monitoreo de la reducción de la morbilidad y la mortalidad maternas;

- Obesidad, alimentación y actividad física;
 - Pandemia de influenza: preparativos en el continente americano; y
 - Grupo étnico y salud.
5. El informe final de la sesión aparece adjunto.

Anexo



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



37.^a SESIÓN DEL SUBCOMITÉ DE PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C., EUA, 26 al 28 de marzo de 2003

CE132/5 (Esp.)
Anexo

SPP37/FR (Esp.)
27 marzo 2003
ORIGINAL: INGLÉS

INFORME FINAL

CONTENIDO

	<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
Orientaciones de política para la Organización Panamericana de la Salud y reorganización de la Oficina Sanitaria Panamericana para la ejecución del plan estratégico 2003-2007	4
Proyecto de presupuesto por programas de la Organización Panamericana de la Salud para el ejercicio financiero 2004-2005	8
Globalización y salud.....	13
Familia y salud.....	25
Monitoreo de la reducción de la morbilidad y la mortalidad maternas	30
Obesidad, alimentación y actividad física	33
Pandemia de influenza: preparativos en el continente americano	36
Grupo étnico y salud.....	44
Clausura de la sesión	49
Anexo A: Orden del día	
Anexo B: Lista de documentos	
Anexo C: Lista de participantes	

INFORME FINAL

1. La 37.^a sesión del Subcomité de Planificación y Programación (SPP) del Comité Ejecutivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se celebró en la sede de la Organización, en Washington, D.C., el 26 y 27 de marzo de 2003.

2. La reunión contó con la asistencia de representantes de los siguientes Miembros del Subcomité elegidos por el Comité Ejecutivo o designados por la Directora de la Oficina: Canadá, Cuba, Dominica, El Salvador, Estados Unidos de América, Honduras, Perú y Uruguay. También estuvieron presentes observadores por Argentina, Bolivia, Francia, Guatemala, México y Panamá.

Mesa Directiva

3. Los siguientes Estados Miembros fueron elegidos para constituir la Mesa Directiva del Subcomité para la 37.^a sesión:

Presidencia: Dominica (Sr. Herbert Sabaroche)

Vicepresidencia: Honduras (Dra. Fanny Mejía)

Relatoría: Estados Unidos de América (Sra. Mary Lou Valdez)

4. La Dra. Mirta Roses Periago (Directora, Oficina Sanitaria Panamericana) fue Secretaria ex officio, y la Dra. Karen Sealey (Gerente de Área, Planificación, Presupuesto por Programas y Apoyo a Proyectos) actuó como Secretaria Técnica.

Apertura de la sesión

5. La Directora inauguró la sesión y dio la bienvenida a los participantes a Washington, señalando que la primavera también había llegado para poner un telón de fondo agradable para sus deliberaciones y que el día espléndido lo era aun más por la noticia de que el continente americano acababa de cumplir 18 semanas libre del sarampión. Eso era algo digno de celebrar por todos, pues era un progreso significativo en el camino a la meta que se había fijado a instancias de los países del Caribe. Señaló que esta era la segunda reunión de un subcomité que ella había tenido el honor de inaugurar como Directora —después de la del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo, inaugurada el día anterior—, y dijo que esperaba que los delegados le ayudasen con paciencia y buena voluntad. Esperaba que hubiese debates interesantes y alentó a los participantes a ser francos y a aportar sus conocimientos y experiencia para el bien de todos.

6. El Presidente se sumó a la bienvenida y agradeció a los Miembros su voto de confianza al elegir a Dominica para asumir la Presidencia del Subcomité. También felicitó a la Dra. Roses por ser la primera mujer que dirige la Oficina en los 100 años de existencia de la OPS.

Adopción del orden del día y del programa de reuniones (documento SPP37/1, Rev. 2, y SPP37/WP/1, Rev. 1)

7. De conformidad con el Artículo 2 de su Reglamento Interno, el Subcomité adoptó el orden del día provisional y el programa de reuniones.

Presentación y debate de los puntos del orden del día

Orientaciones de política para la Organización Panamericana de la Salud y reorganización de la Oficina Sanitaria Panamericana para la ejecución del plan estratégico 2003–2007 (documento SPP37/3 y Add. I)

8. La Directora describió algunos de los cambios que se habían introducido en la estructura orgánica y las funciones correspondientes de la Oficina desde que había asumido el cargo, en febrero de 2003. Esos cambios se habían hecho en respuesta a la resolución CSP26.R18, por la cual la 26.^a Conferencia Sanitaria Panamericana le había solicitado a la Directora que presentara un análisis de las características actuales de la Organización y de las requeridas para la aplicación del Plan Estratégico para el período 2003–2007, y que entregara al próximo Consejo Directivo una propuesta que reflejara sus puntos de vista sobre el Plan y su ejecución.

9. La funcionaria empezó por describir algunos de los retos de salud y desarrollo y los objetivos de salud pública que habían configurado su visión para la OPS del siglo XXI y que, junto con el Plan Estratégico, habían formado la base para los cambios de la estructura orgánica. Su visión era la de un continente unido para alcanzar el grado más alto posible de salud para todos sus habitantes; de gobiernos que ejercen el liderazgo y la responsabilidad para convocar a la sociedad en su conjunto a mejorar la salud de la gente; e individuos, familias, comunidades e instituciones empoderados para buscar la justicia social mediante la promoción de la salud y la protección de la vida. La OPS aspiraba a ser el foro de salud de las Américas; generadora del consenso y forjadora de asociaciones en que se reúnan los defensores de la salud; propugnadora de la igualdad social incorporada en la meta de salud para todos, al objeto de lograr la protección social y el acceso a servicios de salud eficaces; defensora de los vínculos entre la atención primaria, la promoción de la salud, la ciudadanía y los derechos humanos; y generadora y depositaria de información sanitaria fiable.

10. Con miras a equipar a la Oficina para materializar esa visión y llevar a cabo el Plan Estratégico aprobado por los Estados Miembros el año precedente, se habían

identificado ciertos atributos institucionales necesarios y se había determinado un conjunto de objetivos estratégicos para el cambio institucional. Esos objetivos eran: lograr que el foco central de interés de la OPS fuese el trabajo en los países y en colaboración con estos; lograr que la Organización formara parte de la corriente principal de los debates de políticas a todos los niveles; formar capacidad en los planos regional, subregional y nacional; actuar sinérgicamente con más asociados del ámbito del desarrollo sanitario; crear redes y compartir conocimientos dentro de la Organización y entre esta y su entorno, especialmente en los países; estrechar vínculos entre la planificación nacional, regional e institucional, tanto dentro de la Oficina como en los países; maximizar los recursos extrapresupuestarios al tiempo que se prestaba atención a las prioridades establecidas por los Cuerpos Directivos; lograr mayor integración programática y gestión estratégica del trabajo de la Oficina para optimizar el uso de los recursos materiales, financieros, humanos y de tecnología del conocimiento y la información; y aumentar la eficiencia, la transparencia y la productividad.

11. De acuerdo con esos objetivos estratégicos, los cambios de estructura orgánica descritos en el documento SPP37/3, Add. 1, estaban concebidos para fortalecer el apoyo a los países; lograr la integración vertical y horizontal de la planificación dentro de la Oficina y con los países; y consolidar la gestión de la información y el conocimiento. Como parte de la transición a la nueva estructura, la Oficina había realineado los proyectos y las asignaciones en el presupuesto bienal por programas de 2002–2003, sin que se produjera interrupción alguna de la cooperación técnica en marcha, cosa que a la Directora le había complacido mucho. Al mismo tiempo, la Oficina había preparado un nuevo proyecto de presupuesto por programas para 2004–2005, que el Subcomité examinaría en otro punto del orden del día. Además, aprovechando las reformas que se estaban efectuando en la OMS y el resto del sistema de las Naciones Unidas, así como la reforma del Estado en los países, la Oficina había procurado introducir nuevos métodos de trabajo que reportarían mayor flexibilidad, más trabajo en equipo y la participación del personal en la formulación de políticas y programas, así como el uso innovador de la pericia en los países y entre los socios. El proceso de transición hasta la fecha se había caracterizado por una amplia consulta y colaboración extensa con el personal, los Estados Miembros y otros interesados directos y aliados, haciendo hincapié en la comunicación y retroalimentación y evaluando continuamente la repercusión de los cambios para hacer cualquier ajuste necesario.

12. Conforme transcurriese la transición a la nueva estructura, la Oficina seguiría solicitando el punto de vista de los interesados directos y haría los ajustes finos que fuesen necesarios. También aprovecharía los fondos disponibles de las Naciones Unidas y otras fuentes para las iniciativas de reforma institucional. La OPS nunca había solicitado ese tipo ayuda para su propia reestructuración interna, pero lo haría esta vez para conseguir recursos suficientes que le permitieran cumplir a cabalidad el proceso de cambio institucional. La Dra. Roses finalizó destacando que uno de los puntos fuertes de la OPS siempre había sido su capacidad de cambio. Precisamente, esa capacidad le había

permitido a la Organización prever y responder a las necesidades de salud cambiantes de la Región a lo largo de los cien años últimos, y le permitiría afrontar los retos del siglo XXI.

13. El Subcomité estuvo de acuerdo en que era esencial que la OPS respondiera al cambio y opinó que la estructura orgánica más simplificada le daría la flexibilidad necesaria para hacerlo eficazmente. También aplaudió la transparencia y amplitud participativa de la reestructuración y encomió a la Directora por estar abierta a las observaciones y sugerencias de los Estados Miembros. Los delegados recibieron con beneplácito la ponencia de la Directora, que había ayudado a dejar en claro los motivos de los cambios institucionales descritos en el documento. Indicó que, al objeto de lograr aun más transparencia, la próxima versión del documento debería explicar dónde y por qué se habían hecho esos cambios.

14. Se solicitó aclaración con respecto a algunas de las modificaciones, en particular el cambio bastante significativo de las funciones del Director Adjunto y la separación de las unidades de presupuesto y finanzas, que tradicionalmente habían estado juntas. Se expresó cierta inquietud acerca de la posible superposición de las funciones del Director Adjunto y las del Director de Gestión de Programas en lo que se refiere a los Cuerpos Directivos. Se recalcó la necesidad de trazar líneas claras de autoridad y definir netamente las funciones y las responsabilidades respectivas de esas dos oficinas. Además, se señaló que algunos de los altos cargos podrían tener demasiadas funciones. Se solicitó asimismo información sobre la repercusión presupuestaria de los cambios institucionales.

15. En vista de que la incertidumbre que acompaña inevitablemente a cualquier cambio podría menguar la capacidad de la Organización de responder a los problemas urgentes que surgieran en la Región, se alentó a la Oficina a culminar la reestructuración institucional lo más pronto posible. Igualmente, se la estimuló a elaborar indicadores para vigilar la repercusión de los cambios institucionales y, especialmente, del mayor hincapié que se haría en la colaboración horizontal entre los programas.

16. El Subcomité recomendó que el documento se sometiera a la consideración del Comité Ejecutivo en junio próximo, y pidió a la Directora que en esa oportunidad pusiera a los Estados Miembros al corriente sobre el estado que guardase la reorganización y cómo habría mejorado la eficiencia, la capacidad de respuesta y la productividad de la Oficina. Se le solicitó igualmente que proporcione información sobre la manera como se hayan aplicado las recomendaciones de los grupos de trabajo.

17. La Dra. Roses señaló que la Constitución de la OPS tenía previstos sólo tres puestos dentro de la Oficina —Director, Director Adjunto y Subdirector—, sin especificar sus funciones. Es más, daba al Director plena discreción para decidir la mejor manera de organizar los recursos institucionales, humanos y financieros de la Oficina

para llevar a cabo los mandatos encomendados a esta por los Cuerpos Directivos. En opinión de la Directora, los fundadores habían mostrado gran sabiduría al establecer ese marco jurídico para la Organización, pues había permitido mayor flexibilidad y facilitado que la Oficina se adaptara al cambio y siguiera respondiendo a las necesidades y expectativas de los Estados Miembros.

18. Todos los cambios estructurales y funcionales introducidos tenían una finalidad fundamental: permitir que la Oficina prestara un mejor servicio a los países. Por ese motivo, se estaba solicitando el punto de vista de los Estados Miembros. A lo largo de los años, los Directores anteriores habían modificado la organización de la Oficina y las funciones de su personal —a veces radicalmente— sin que los Cuerpos Directivos hubiesen examinado esos cambios. La oradora creía que era importante hacer partícipes a los países de la reestructuración para conseguir que la Organización respondiese verdaderamente a las necesidades de sus Miembros.

19. Pasando a algunas de las inquietudes concretas planteadas por los delegados, la funcionaria recalcó que los cambios realizados en la Oficina se habían inspirado principalmente en los que habían tenido lugar en los países y en las reformas importantes efectuadas en el Sistema de las Naciones Unidas y el sistema interamericano en años recientes. Por ejemplo, la creación de la Oficina del Director de Gestión de Programas era un intento para que la estructura de la OPS fuese más parecida a la del resto de la Organización Mundial de la Salud, pues tanto en la sede de la OMS como en todas las otras oficinas regionales existía un cargo semejante; además, reflejaba el esfuerzo al interior de la OMS para mejorar el apoyo a los países y hacer más transparente la coordinación de la gestión de programas. Con respecto a las funciones y responsabilidades respectivas del Director de Gestión de Programas y del Director Adjunto con relación a los Cuerpos Directivos, señaló que este último nunca había sido enteramente responsable de los asuntos de los Cuerpos Directivos. Si bien el Director Adjunto seguiría ejerciendo la supervisión general de los asuntos relacionados con los Cuerpos Directivos y no dejaba de ser el Secretario Técnico de las reuniones correspondientes, otras funciones de apoyo directo serían transferidas del área de Administración al área de Gestión de Programas.

20. En cuanto a la inquietud de que algunos de los altos cargos quizá tengan demasiadas funciones, la Oficina había emprendido un análisis cuidadoso de las líneas de responsabilidad, las funciones y los recursos humanos y financieros asignados a cada área, y había efectuado cambios con miras a corregir algunos desequilibrios que existían en la estructura orgánica anterior. Según el parecer de la Directora, la nueva estructura distribuía más equilibradamente las funciones. Con respecto a la separación de las unidades de presupuesto y finanzas, como el presupuesto se consideraba un instrumento para llevar a cabo el programa de la Organización, a la Oficina le parecía que debía formar parte del área de Gestión de Programas, mientras que finanzas debía permanecer con Administración. Sin embargo, la Secretaría prepararía indicadores para evaluar los

efectos de este cambio sobre el desempeño de la Organización y, si se comprobaba que no producía los resultados deseados, haría los ajustes necesarios. Esto era válido para todos los otros cambios que se habían hecho en la estructura orgánica.

21. Por último, en lo que se refiere a la repercusión presupuestaria de los cambios, no había habido ningún costo asociado con la reestructuración, excepto por las horas extraordinarias que había dedicado el personal. La Oficina no había contratado a ninguna empresa consultora para ayudarle en la reorganización, aunque había solicitado el asesoramiento de algunos funcionarios jubilados. Se había creado un fondo de renovación al que se transfirieron fondos del presupuesto de 2003 asignados a los puestos vacantes. A la fecha, se habían gastado cerca de \$150.000¹ de ese fondo, principalmente para sufragar los gastos de viaje del personal transferido y para pagar los sueldos de los funcionarios jubilados contratados como consultores. No se preveía que la reorganización misma tuviera ninguna repercusión presupuestaria. Por el contrario, como se había simplificado la estructura de la Oficina, liberaría recursos adicionales para apoyar el trabajo en los países.

Proyecto de presupuesto por programas de la Organización Panamericana de la Salud para el ejercicio financiero 2004-2005 (documento SPP37/4)

22. El Dr. Daniel López Acuña (Director, Gestión de Programas, OPS) dio a conocer el proyecto de presupuesto por programas para el bienio 2004–2005, y empezó por señalar que el documento presentado al Subcomité era el resultado de un proceso de consulta y determinación de las prioridades que había empezado varios meses antes. Ese proceso había involucrado no solo al personal de la Oficina, sino también a las representaciones de la OPS/OMS y funcionarios de todos los Estados Miembros. A continuación, el orador examinó los mandatos de planificación que habían formado la base para la elaboración del presupuesto, en particular, el Plan Estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana para el período 2003–2007 y otros mandatos de los Cuerpos Directivos de la OPS y los Órganos Deliberantes de la OMS, los marcos de política mundial de la OMS y regional de la OPS, la estrategia institucional y las prioridades de la OMS y las metas relacionadas con la salud surgidas de la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas.

23. En consonancia con la nueva estructura orgánica, el proyecto de presupuesto contenía varias nuevas secciones de asignación y una lista modificada de programas, o áreas de trabajo, dentro de cada una de las nueve categorías de asignación: Dirección ejecutiva, Gobernanza y sociedades, Apoyo a programas de país, Acción intersectorial y desarrollo sostenible, Información y tecnología sanitarias, Acceso universal a los servicios de salud, Control de enfermedades y gestión de riesgos, Salud familiar y

¹ A menos que se indique otra cosa, todas las cantidades monetarias que figuran en el presente informe se expresan en dólares de los Estados Unidos.

comunitaria, y apoyo administrativo. La lista modificada de programas, que reducía el número de áreas de trabajo de 61 a 41, reflejaba un enfoque más integrado, focalizado y concentrado de la ejecución de programas. También concordaba más con la estructura programática de la OMS. En la elaboración del presupuesto la Oficina había aplicado una estrategia que encauzaba recursos hacia los programas y países prioritarios, mantenía el nivel de financiamiento actual para los cinco países prioritarios designados en el Plan Estratégico, y lograba el máximo de economías en las áreas de gestión y apoyo administrativo. Sólo se habían tenido en cuenta los aumentos obligatorios de costos.

24. El proyecto de presupuesto de la OPS/OMS para 2004–2005 era de \$264.773.000, cifra que superaba en \$3.291.000, o sea, 1,3%, el monto de \$261.482.000 correspondiente al bienio 2002–2003. El aumento incluía \$1.991.000 para los aumentos de costos relacionados con los puestos ordenados por la Asamblea General de las Naciones Unidas y \$1.300.000 para los aumentos obligatorios de la contribución de la OPS al fondo de seguro de enfermedad de los jubilados de la OMS. Se esperaba que la parte aportada por la OMS al presupuesto del período 2004–2005 fuese de \$75.399.000, con lo cual a la OPS le corresponderían \$264.773.000. Sin embargo, esas cifras daban por sentado que el ligero aumento propuesto en la proporción de la OMS sería aprobado por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2003. De no ser así, la porción de la OMS permanecería al nivel de 2002–2003, es decir, \$73.293.000, y la OPS tendría que cubrir la diferencia de \$2.106.000. En cualquier caso, era importante tener en cuenta que, como consecuencia de la aplicación de la resolución WHA51.31, la contribución de la OMS al presupuesto total había disminuido aproximadamente \$9 millones desde el bienio 1998–1999. Esa reducción había sometido a una dura prueba la capacidad de la OPS de cumplir con sus compromisos, por lo que había sido preciso redoblar los esfuerzos a escala regional.

25. La parte correspondiente a la OPS sería financiada con \$175.874.000 en concepto de cuotas aportadas por los Estados Miembros y \$13,5 millones en concepto de ingresos varios previstos. Las cuotas asignadas aumentarían 3,3%, que era uno de los aumentos más pequeños en la historia de la OPS. El monto de los ingresos varios previstos era sustancialmente menor que los calculados para 2002–2003, debido a la caída de las tasas de interés y a un clima de inversiones generalmente desfavorable. Por consiguiente, sería necesario absorber algunas reducciones de los recursos programáticos no asignados a los puestos. En realidad, desde 1986, el presupuesto ordinario por programas se había contraído 21% en términos reales. Al mismo tiempo, el número de puestos había descendido de 1.222 a 835. Sin embargo, gracias a enormes aumentos de la eficiencia y la productividad, se había podido conservar un alto grado de rendimiento de los programas a pesar de la mengua en los recursos humanos y económicos.

26. El Subcomité recibió con beneplácito la información facilitada acerca del proyecto de presupuesto para el bienio 2004–2005. No obstante, varios delegados dijeron que esperaban que el documento del presupuesto que se presentaría al Comité Ejecutivo ofrecería información más detallada acerca de los programas, incluidos indicadores de los

resultados de cada área programática y el desglose de los recursos destinados al nivel regional y al de los países, así como datos comparativos que permitieran a los Estados Miembros darse cuenta de qué manera los cambios de la estructura orgánica habían afectado a las asignaciones presupuestarias de las diversas áreas de trabajo. Los delegados señalaron asimismo la necesidad de presentar más información acerca de la manera como el presupuesto contribuiría a lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio, los objetivos de salud pública especificados por la Directora en su ponencia acerca de la nueva estructura orgánica de la Oficina y otros mandatos de la OPS y la OMS pertinentes a la planificación.

27. Las delegaciones de Canadá y Estados Unidos de América manifestaron que sus gobiernos respectivos seguían estando a favor de un crecimiento nominal cero en los presupuestos de todos los organismos de las Naciones Unidas, si bien el Delegado de Canadá señaló que su delegación estaba al tanto de la situación financiera de la OPS y la tendría en cuenta al examinar el proyecto de presupuesto con las autoridades nacionales. Varios delegados expresaron su preocupación por el aumento propuesto de las cuotas, especialmente frente a las dificultades que muchos Estados Miembros estaban afrontando para cumplir sus obligaciones corrientes. Se instó a todos los Estados Miembros a pagar sus cuotas de 2003 y liquidar cualquier atraso que pudieran tener, pues ello ayudaría a mejorar la situación financiera de la Organización y, a su vez, permitiría que esta cumpliera sus compromisos con los países.

28. Se aplaudió el esfuerzo desplegado para armonizar más las áreas de trabajo de la OPS con las de la OMS. Al mismo tiempo, se puso de relieve la necesidad de integración y colaboración en esas áreas, en particular de la salud familiar y comunitaria, que se consideraba de importancia decisiva. Se destacó igualmente la importancia de forjar alianzas con otras organizaciones internacionales y nacionales. Se puntualizó que, entre otras ventajas, aunar esfuerzos de esa manera aumentaría considerablemente el efecto de los recursos presupuestarios asignados a cada área. Se alentó a la Organización a lograr el máximo de eficiencia y de ahorros, así como a buscar soluciones imaginativas para dar cabida a los aumentos obligatorios en los costos vinculados con el personal y lograr al mismo tiempo que los recursos financieros limitados se usaran para hacer frente a las críticas necesidades sanitarias de la Región. Se formularon varias preguntas acerca de los ingresos varios y el monto del financiamiento extrapresupuestario del que podría echarse mano para apoyar el trabajo de la OPS en las diversas áreas programáticas.

29. El Dr. López Acuña agradeció a los delegados los puntos de vista que habían expuesto, que serían de suma utilidad en la segunda etapa del proceso de presentación del presupuesto, a saber, la preparación del documento que se sometería a la consideración del Comité Ejecutivo en junio próximo. Le aseguró al Subcomité que dicho documento sería mucho más amplio e incluiría información más pormenorizada sobre las actividades programáticas, los resultados esperados y los indicadores, sin que faltasen los datos

necesarios para establecer comparaciones entre el bienio en curso y el siguiente. Se distribuyeron varios documentos complementarios en los que se brindaba más información sobre las áreas de trabajo y algunos datos comparativos preliminares.

30. En relación con las observaciones relativas a la necesidad de integrar las actividades, el orador subrayó que las diversas áreas programáticas no eran compartimientos estancos, sino más bien componentes relacionados entre sí que actuaban al unísono para alcanzar los objetivos de salud pública de las Américas. El modelo de gestión implantado por la Dra. Roses pretendía intensificar esa sinergia e interacción con miras a acrecentar la repercusión del trabajo de la Organización en los países.

31. En lo concerniente a la incorporación de los diversos mandatos de planificación en el presupuesto, explicó que la preparación del presupuesto era un proceso que incluía muchas etapas de revisión y análisis. Se solicitaba la opinión de las autoridades nacionales, así como del personal de la OPS en la sede, las representaciones y los centros panamericanos, y el proyecto se refinaba constantemente para lograr que fuese congruente con los diversos mandatos mundiales y regionales, y que respondiera a las prioridades nacionales.

32. Por lo que toca a los recursos extrapresupuestarios, señaló el funcionario que era intrínsecamente difícil calcular la cantidad que acabaría por materializarse. La Oficina contaba con estimaciones, que daría a conocer con todo gusto, pero los delegados debían tener presente que la realidad siempre era diferente de esos cálculos, a veces de manera extraordinaria. Otro factor a tener en cuenta al calcular el financiamiento extrapresupuestario era el grado en que los recursos movilizados por la sede de la OMS se canalizaban a las operaciones regionales y en los países. Este asunto lo habían abordado en fecha reciente los directores de gestión de programas de todas las regiones, y se tenía la impresión general de que se estaban concentrando demasiados recursos en las estructuras centrales de la OMS y que debían destinarse más a las regiones.

33. El Sr. Eric Boswell (Director de Administración, OPS), que tomó la palabra por sugerencia del Dr. López Acuña, respondió a las preguntas con respecto a los ingresos varios. Explicó que, si bien las estimaciones de la Oficina se basaban siempre en información y análisis sólidos, y había razones para creer que la cifra correspondiente al bienio 2004-2005 era bastante exacta, pronosticar el monto de los ingresos varios era un arte, no una ciencia. A menudo, el resultado observado en la realidad estaba determinado por factores ajenos a la voluntad de la Organización. Por ejemplo, mientras que en el bienio 2000-2001 los ingresos varios habían superado las expectativas, en el bienio en curso la Oficina había presupuestado \$16,5 millones por este concepto, pero la cifra real probablemente estaría alrededor de los \$11,5 millones, debido a la acentuada disminución del rendimiento de las inversiones a plazo fijo.

34. Haciéndose eco de lo señalado por el Dr. López Acuña, la Directora reiteró que el documento presentado al Subcomité era la primera versión del proyecto de presupuesto. La Oficina había refinado la propuesta desde que el documento se había publicado y seguiría trabajando en él antes de la sesión del Comité Ejecutivo en junio, teniendo presentes las observaciones que se habían recibido de los Estados Miembros, tanto en reuniones formales como en consultas informales.

35. Algunas de las observaciones del Subcomité se habían referido a los cambios de la estructura orgánica y la manera en que habían afectado a las asignaciones presupuestarias. Era importante distinguir entre la estructura de la Oficina y la del presupuesto por programas. En ejercicios económicos anteriores, la estructura del presupuesto se había correspondido exactamente con la estructura orgánica. Sin embargo, en varias evaluaciones se había llegado a la conclusión de que ese modo de proceder restaba flexibilidad y dificultaba afrontar los problemas de una manera integrada y horizontal. En opinión de la Oficina, la labor de la Organización se vería mejorada si la estructura del presupuesto y la estructura orgánica eran complementarias pero no idénticas. La forma en que se había estructurado el proyecto de presupuesto en el documento tenía por objeto facilitar el trabajo en equipo y la colaboración interprogramática que los Estados Miembros preferían.

36. Al mismo tiempo, la estructura del presupuesto se proponía fomentar una nueva concepción de los programas regionales. En el pasado, el término “programa regional” había designado las unidades orgánicas de la Oficina; como consecuencia, esos programas se habían considerado como territorio de esta, no como vehículo del esfuerzo colectivo de la Organización en su conjunto, incluidos la Oficina y los Estados Miembros, para hacer frente a problemas sanitarios comunes y lograr objetivos sanitarios comunes. El programa de inmunización, que era tal vez el programa emblemático de la Organización, era ejemplo de los elementos que necesitaba un programa regional eficaz: alentaba la actuación colectiva para buscar solución a un problema concreto, incluía indicadores y estrategias claramente definidos y una asignación específica de recursos, criterio que, por añadidura, facilitaba la movilización de recursos extrapresupuestarios no sólo de los países u organismos de fuera de la Región sino, lo que era más importante, de los propios países americanos.

37. Como varios delegados habían mencionado que la OPS debía emular la organización del presupuesto de la OMS, la Directora puntualizó que la Región debía enorgullecerse por la favorable acogida que el Consejo Ejecutivo de la OMS le había brindado al proyecto de presupuesto en enero. Muchas de las características de ese presupuesto modélico tenían como base la experiencia de la OPS, que había sido reconocida como la región que más había progresado en cuanto a la transparencia presupuestaria y la rendición de cuentas.

38. Otra consideración que intervenía en la elaboración del presupuesto eran las necesidades y demandas imprevistas de los países que inevitablemente surgían después de haberse aprobado el presupuesto. La Organización siempre había tratado de responder a esas contingencias, y lo seguiría haciendo. Aun así, los Estados Miembros tenían también la responsabilidad de tratar de aprovechar el apoyo ofrecido por otros foros internacionales de los que formaban parte. Un ejemplo era el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, que brindaba una excelente oportunidad para que los países obtuviesen recursos suplementarios para afrontar esas epidemias. No obstante, la aparición de esa oportunidad le había creado un mandato más a la OPS. No era un mandato oficial de los Cuerpos Directivos, sino que procedía directamente de los países que deseaban participar del Fondo y habían solicitado la ayuda de la Organización para formular los proyectos. Por lo tanto, la OPS había movilizado aproximadamente \$400.000 mediante el reacomodo de fondos dentro del presupuesto para ayudar a los países a elaborar sus proyectos y negociar el financiamiento de estos. Como consecuencia, los países americanos tenían uno de los porcentajes más elevados de aprobación de proyectos, lo cual se debía sin ninguna duda a la calidad de estos, que a su vez era reflejo del nivel de la cooperación técnica facilitada por la Organización.

39. Ese tipo de asistencia era uno de los nuevos papeles que se le estaba pidiendo desempeñar a la Organización en el ámbito de la movilización de recursos. Otro papel era el de apoyar a los ministerios de salud en sus esfuerzos por movilizar recursos de instituciones financieras internacionales y de otros países, así como por conducto de la cooperación horizontal. Si bien la OPS proporcionaba esa ayuda con gusto, era preciso reconocer que ese cambio de funciones no significaba que el trabajo de la Organización podía resultar más barato. Las funciones podrían ser diferentes, pero la OPS seguía necesitando recursos para desempeñarlas eficazmente. Y necesitaba la solidaridad de los países para canalizar más recursos a los que más los necesitaban y para conseguir que los países estuvieran en posibilidades de aprovechar las oportunidades que surgían de obtener financiamiento adicional.

40. Otro aspecto reciente y muy importante de la labor de la OPS era la obtención de información sólida y pruebas para ayudar a los ministerios de salud a defender la causa de la salud ante las autoridades presupuestarias nacionales. Era de esperar que esos presupuestos nacionales acabarían reflejando la necesidad de facilitar a la Organización los medios para continuar su trabajo.

Globalización y salud (documento SPP37/5)

41. Este tema se había tratado en una reunión conjunta con el Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo, que había celebrado su 20.^a sesión el 25 y 26 de marzo de 2003. El Dr. César Vieira (Gerente de Área interino, Gobernanza y Políticas, OPS) hizo la introducción del tema y a continuación cuatro expertos expusieron diversos aspectos de la globalización y la salud.

42. El Dr. Vieira describió los puntos principales del documento SPP37/5, que examinaba las repercusiones de la globalización, en especial sobre la salud de la población. Si bien muchas de esas repercusiones eran positivas —mayor acceso a productos sanos a precios más bajos, por ejemplo—, otras eran negativas, como el mayor consumo de alimentos insalubres y el potencial más elevado de propagación de enfermedades. La globalización había dado lugar a una mayor circulación de productos, servicios, conocimientos, comportamientos y pautas de consumo entre los países. Aunque hasta hacía poco los servicios de salud no se habían considerado productos comercializables, los expertos internacionales en comercio reconocían ahora que el desarrollo tecnológico y de organización en el sector de la salud había permitido comercializar internacionalmente dichos servicios. En el documento se mencionaban cuatro modalidades del comercio internacional de servicios de salud en las Américas: la prestación fronteriza, el desplazamiento de pacientes, la presencia comercial de proveedores extranjeros de servicios de salud y la emigración de profesionales de la salud. Esas modalidades tenían consecuencias positivas y negativas, tanto para los países exportadores como para los importadores.

43. El caso de los medicamentos y el equipo médico era ilustrativo de algunos de los temas vinculados con el comercio internacional de productos sanitarios. Uno de esos temas era la aparición del concepto de "bienes públicos mundiales", que sería abordado más detalladamente por algunos de los ponentes invitados. Entre los efectos positivos del debate en torno a los bienes públicos mundiales estaba la creación de fondos mundiales para facilitar el acceso a los medicamentos y las vacunas, como el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria y la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización (GAVI).

44. Varios foros y convenios de carácter mundial, regional y subregional proporcionaban orientación para la cooperación internacional en la esfera de la globalización y la salud. Se trataba del Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios (AGCS), el Acuerdo sobre Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC), el Área de Libre Comercio de las Américas (ALCA) y órganos subregionales como el Mercado Común del Sur (MERCOSUR) y la Comunidad del Caribe (CARICOM). Esos convenios se describían en el documento y también serían examinados más a fondo por los ponentes invitados.

45. Las áreas propuestas para la cooperación técnica de la OPS/OMS con relación a la globalización y la salud incluían estudios de evaluación de las repercusiones para determinar los efectos positivos y negativos de la globalización en la salud; la reglamentación del comercio desde el punto de vista de la salud; el establecimiento de aranceles y precios que tuviesen en cuenta las necesidades y realidades sanitarias; la creación de bases de datos y la difusión de información sobre el comercio de bienes y

servicios de salud; y la incorporación del punto de vista sanitario en las negociaciones comerciales y las estrategias de desarrollo abordadas en la Región.

Productos de salud pública mundiales y gobernanza mundial

46. La Dra. Ilona Kickbusch (División de Salud Mundial, Universidad de Yale) presentó un panorama de algunas de las maneras en las cuales la globalización estaba afectando a la gobernanza y viceversa, y luego examinó algunos de los retos de la gobernanza mundial en la salud y la función de las organizaciones internacionales de salud en el nuevo contexto globalizado.

47. Una de las acusaciones que se hacían en el debate acerca de la globalización era que esta debilitaba los Estados-nación, que por consiguiente tenían cada vez más dificultades para llevar a cabo las cuatro funciones que los Estados modernos tenían que cumplir en beneficio de sus habitantes: la seguridad, el bienestar social, el imperio de la ley, y la identidad nacional y los canales de participación. La globalización había producido cambios de contexto que exigían nuevas respuestas en materia de políticas. También hacía falta un nuevo modo de pensar en el que la globalización no se viera simplemente como internacionalización, sino como un cambio hacia un sistema en el que existían vínculos y redes no solo entre los Estados-nación, sino entre toda una gama amplia de actores. Ese cambio en el modo de pensar tendría considerables consecuencias para las organizaciones internacionales y los sistemas multilaterales que se basaban en el principio de Estado-nación.

48. Si bien es cierto que la gobernanza se había definido anteriormente como una responsabilidad de los Estados-nación, ahora se concebía como una responsabilidad conjunta del sistema mundial, que abarcaba no solo los estados, sino las empresas multinacionales, las organizaciones de la sociedad civil y las muchas instituciones internacionales que existían en la actualidad. Los retos principales de la gobernanza mundial eran la seguridad de las personas y los derechos humanos; la equidad en la distribución de los recursos a nivel nacional y mundial; el imperio de la ley internacional y de una ética mundial; y la forja de una identidad común como ciudadanos del mundo. En cada una de esas esferas, la salud desempeñaba una función central y crucial. La reciente adopción de los Objetivos de Desarrollo del Milenio reflejaba también de una manera clara los retos comunes de la gobernanza mundial.

49. Una respuesta a los imperativos de la gobernanza mundial era la búsqueda de la "intencionalidad colectiva", es decir, la definición de prioridades conjuntas. Esa empresa había dado lugar a la identificación de los bienes públicos mundiales, entre los cuales figuraba la salud. En este nuevo contexto, la salud estaba debatiéndose de nuevas maneras. Ya no se la consideraba estrictamente como un asunto sanitario y técnico, sino como una cuestión de seguridad, de política exterior y de derechos humanos, y como un bien público mundial al que todos necesitaban contribuir. Ese cambio había generado una

atención cada vez mayor hacia la salud en los foros internacionales. También había dado lugar a nuevas estructuras de gobernanza mundial, como los fondos mundiales mencionados por el Dr. Vieira, y las nuevas alianzas y sociedades entre entidades públicas y privadas, de las cuales formaban parte las organizaciones internacionales pero ya no eran la fuerza impulsora.

50. El presente período se podría describir como un interregno en la búsqueda de la gobernanza mundial: un período de transición entre un sistema de salud mundial que ya no funcionaba bien y un sistema nuevo que constituiría un medio para enfocar los asuntos que trascendían las fronteras nacionales y establecer "reglas de juego" internacionales que se definirían menos por las instituciones que por las relaciones. En cierto sentido, la gobernanza mundial en materia de salud describía la función de las organizaciones sanitarias en el momento actual. Estas se enfrentaban con dos retos principales al llevar a cabo esa función. Primero, la gobernanza sanitaria aún se seguía considerando principalmente como una responsabilidad de los Estados-nación, pero los factores determinantes de la salud y los medios para cumplir con dicha responsabilidad tenían un alcance cada vez más mundial. Segundo, en el interregno, había una sensación de que nadie estaba a cargo y que el actual sistema sanitario internacional estaba destinado a fracasar. Esta idea obedecía en parte al hecho de que los problemas sanitarios aún se seguían definiendo desde el punto de vista de los intereses nacionales y no como un bien público mundial, de que la política exterior y la nacional seguían abordándose como temas separados y de que seguían aplicándose los conceptos superados de la ayuda exterior. Probablemente el reto mayor, sin embargo, era abordar los asuntos sistémicos y los factores determinantes políticos que estaban contribuyendo a causar las crisis actuales de la salud mundial, sin lo cual esas crisis sin duda alguna seguirían.

Comercio de servicios de salud en el continente americano

51. El Prof. David Warner (Escuela de Administración Pública Lyndon B. Johnson, Universidad de Texas) centró sus comentarios en las cuatro modalidades de comercio de servicios de salud y los aspectos principales que rodeaban a cada uno, y mencionó posibles funciones de la OPS en dicho ámbito. En el caso de la prestación fronteriza de servicios, estos se originaban en un país y eran recibidos en otro. Este tipo de prestación de servicios se realizaba principalmente por medio de las telecomunicaciones. Aun dentro del país, las telecomunicaciones se usaban cada vez más para prestar servicios de diagnóstico y tratamiento. La educación sanitaria y los servicios de información también podían facilitarse por este medio. La Biblioteca Virtual en Salud de la OPS constituía un ejemplo de ello. La OPS también podría desempeñar una función ayudando a evaluar y clasificar los sitios web que proporcionaban información relacionada con la salud. Otra función importante para la Organización era mejorar la oferta de información en español, el idioma de la mayoría de los países de la Región.

52. La segunda modalidad del comercio de estos servicios era el desplazamiento de los pacientes. De manera característica, las personas cruzaban las fronteras para recibir servicios de salud por razones de calidad o económicas. Sin embargo, el seguro médico transfronterizo podría ser otra razón del cruce de fronteras en el caso de las personas que vivían en un país pero trabajaban en otro o de las que vivían y trabajaban en un país pero tenían a su familia en otro. La cuestión de mayor envergadura de la cobertura transfronteriza, especialmente desde el punto de vista económico, era probablemente la facilidad de transferencia de las prestaciones de servicios médicos para las personas que habían trabajado en un país pero deseaban jubilarse en su país de origen. Se necesitaba llevar a cabo más investigaciones sobre la calidad, el acceso y los costos de este asunto.

53. Con relación a la tercera modalidad —la presencia comercial de proveedores extranjeros de servicios— las cuestiones principales probablemente eran la reglamentación de los proveedores y los seguros privados, y determinar si los proveedores extranjeros estarían sujetos a los mismos reglamentos que los nacionales. La cuarta modalidad era la emigración de profesionales de la salud, que planteaba muchas cuestiones complejas. En América, Estados Unidos era con mucho el importador más grande de personal sanitario. Sin embargo, estaba importando la gran mayoría de ese personal de países fuera del continente americano. A pesar de la existencia del Tratado de Libre Comercio de América del Norte, prácticamente ninguna enfermera provenía de México, aunque ocho millones de mexicanos vivían en los Estados Unidos y había una extraordinaria necesidad de enfermeras de habla hispana. Con respecto a los médicos, sólo 2,3% de los participantes de los programas de residencia de los Estados Unidos formados en el extranjero venían de América Latina. Limitar el acceso a los programas avanzados de formación médica en ese país podría tener graves consecuencias para la medicina en la Región y obstaculizaría la cooperación futura en las esferas de investigación, prestación de servicios y otras.

54. Una función clave para la OPS podría consistir en ayudar a entablar una cooperación más eficaz entre los programas de formación. Otras funciones posibles serían colaborar para fijar normas; promover el mejoramiento de la capacidad del sector de la salud en toda la Región; ayudar a los países americanos a sacar provecho del aumento de la globalización y del comercio mundial; y promover la modernización de los sistemas y servicios de salud.

Repercusiones de la globalización en la salud de la mujer

55. La Dra. Maitreyi Das (Red de Desarrollo Humano, Banco Mundial) describió algunos de los posibles nexos entre la globalización y la salud de la mujer, explicó algunos de los problemas implícitos en la identificación y el estudio de esos nexos, y sugirió algunas maneras mediante las cuales los ministerios de salud podrían ayudar a conseguir que la globalización no repercutiera negativamente en la salud de la mujer.

56. Como habían señalado otros conferenciantes, la globalización significaba la integración planetaria de los mercados mundiales. Hablando de la salud, lo que eso significaba era la inversión extranjera directa en el sector sanitario, la migración de personas y servicios, el libre flujo de bienes y servicios entre los países y el flujo mundial de ideas (la "revolución de la información"). También significaba, sin embargo, que las enfermedades infecciosas que antes se habían concentrado en ciertas zonas ahora se convertían en problemas mundiales.

57. Las pruebas reunidas sobre los nexos entre la globalización y la salud de la mujer eran sumamente equívocas. El fenómeno era intrínsecamente difícil de estudiar. Un problema era la atribución de causalidad. Era difícil determinar si los cambios en la salud de la mujer se debían sólo a la globalización o si entraban en juego otros factores. Definir y cuantificar la globalización era otro obstáculo, lo mismo que la falta de datos fidedignos. Era difícil identificar los nexos porque estos podían ser directos o indirectos, de corto o largo plazo y positivos o negativos, a veces simultáneamente. En ocasiones, los efectos de la globalización eran contradictorios o involuntarios; por ejemplo, en algunos países, el aumento enorme del empleo femenino había hecho que estas retrasaran la edad del matrimonio, lo cual había tenido efectos sobre la fecundidad y otros aspectos de su salud. Las desigualdades y los factores culturales también influían en los nexos entre la globalización y la salud de la mujer. Es más, la salud podía afectar a la globalización. Los estudios actuales de economía de la salud estaban considerando el efecto de la salud de la mujer sobre el comercio o el crecimiento macroeconómico, por ejemplo, así como otros ejemplos de esta causalidad inversa.

58. La globalización podía repercutir sobre la salud de la mujer mediante tres mecanismos principales: el empleo de las mujeres, los acuerdos comerciales y la reforma del sector de la salud. En las tres áreas, los efectos podrían ser positivos o negativos. Por ejemplo, el empleo femenino había crecido descomunadamente en los años transcurridos desde el inicio de la globalización. Por el lado positivo, ello había dado ocasionado un aumento de los ingresos, la autoestima y la movilidad de las mujeres, que habían aumentado su acceso a las estructuras sanitarias y de apoyo. Sin embargo, el alza del empleo de las mujeres también había tenido consecuencias negativas, como una carga de trabajo más pesada, pérdida del tiempo de ocio, mayor estrés y exposición a riesgos ocupacionales. En lo que se refiere a los acuerdos comerciales, las repercusiones positivas incluían mayor acceso potencial a medicamentos, tecnologías, información y servicios. Pero el costo de esos medicamentos y servicios podría ser prohibitivo. Otra consecuencia negativa podría ser la emigración de personal capacitado. En cuanto a las reformas del sector de la salud, la cuestión principal era decidir si estaban logrando el equilibrio entre la equidad y la eficiencia. Mientras que tendencias tales como el aumento de la competencia y la participación del sector privado podrían mejorar la eficiencia y la calidad de los servicios, también podrían poner en riesgo el acceso de las mujeres más vulnerables. De manera análoga, los planes de recuperación de costos quizá mejorasen la

sostenibilidad financiera, pero también podrían negar los servicios a quienes los necesitaban más.

59. Los ministerios de salud podrían ayudar a reducir al mínimo los efectos potencialmente negativos de la globalización sobre la salud de la mujer sensibilizando a los ministerios de hacienda y comercio y forjando alianzas con los ministerios de trabajo; llamando la atención hacia las prioridades de salud de la mujer en el marco de las negociaciones comerciales internacionales y velando por que el análisis de los posibles efectos de la liberalización del comercio sobre la salud se hiciera *ex ante* y no *ex post*; promoviendo las necesidades de las mujeres y las cuestiones de equidad y acceso en el debate sobre el financiamiento de la asistencia sanitaria; involucrando a los activistas a favor de la salud de las mujeres y las organizaciones comunitarias en la vigilancia y evaluación de la reforma del sector de la salud y de las políticas macroeconómicas; y haciendo que la reforma sanitaria actuase a favor de la salud de las mujeres, en especial las más vulnerables.

Negociaciones mundiales sobre la salud y el comercio

60. El Dr. Nick Drager (Unidad de Estrategia, Oficina del Director General, OMS) describió el trabajo que venía realizando la OMS, conjuntamente con la OPS en buena medida, para tratar de que los procesos de negociación comercial tuviesen las bases suficientes para situar los intereses de la salud pública en un lugar destacado de la agenda de comercio, centrándose en el comercio de servicios de salud y el Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios (AGCS).

61. La OMS procuraba adoptar un punto de vista equilibrado con respecto a la globalización, considerando tanto las oportunidades como los riesgos. El Subcomité estaba muy consciente de los riesgos, que incluían la transmisión transfronteriza de enfermedades, el mercadeo de productos y hábitos nocivos, y el deterioro ambiental, por mencionar algunos ejemplos. Sin embargo, donde había riesgos, también había oportunidades. Algunas de las oportunidades de salud asociadas con la globalización eran la mayor difusión de conocimientos, más incentivos para la investigación sobre las enfermedades de los pobres, mayor disponibilidad de recursos para intervenciones eficaces y nuevas reglas para controlar los riesgos transfronterizos. De manera semejante, había oportunidades y riesgos vinculados con las cuatro modalidades de comercio de servicios de salud descritas con anterioridad. La OMS se proponía permitir a los países aprovechar las oportunidades y mitigar los posibles riesgos.

62. El objetivo general del trabajo de la OMS con relación a la salud y el comercio era mejorar la capacidad de la Organización y los Estados Miembros de reconocer y abordar las implicaciones sanitarias de los acuerdos comerciales multilaterales. Este trabajo tenía cuatro funciones: formulación de políticas y enfoques estratégicos de la OMS, análisis e investigación, elaboración de instrumentos y capacitación, y apoyo a los

países. Los cinco acuerdos comerciales de interés para la Organización eran el Acuerdo General sobre Aranceles Aduaneros y Comercio (GATT), que regía el comercio de bienes; el Acuerdo sobre Obstáculos Técnicos al Comercio (AOTC); el Acuerdo sobre la Aplicación de Medidas Sanitarias y Fitosanitarias (Acuerdo MSF); el Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (Acuerdo ADPIC), y el Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios (AGCS). Las tres cuestiones principales de salud pública abordados por esos convenios eran la inocuidad de los alimentos, el acceso a los medicamentos y el comercio de servicios de salud.

63. El AGCS era uno de los acuerdos comerciales más importantes surgidos de la Ronda Uruguay de negociaciones comerciales, pues proporcionaba un marco legal multilateral para el comercio de servicios. También planteaba muchos retos a las personas que trabajaban en el campo de la salud pública. El AGCS había generado gran controversia, especialmente para definir si representaba una oportunidad o un riesgo con relación a la prestación de servicios públicos. Las negociaciones del AGCS abarcaban aspectos relacionados con las reglas y con el acceso al mercado. La cuestión del acceso al mercado en el ámbito de la salud ya la estaban intentando resolver muchos países, y otros indudablemente se verían en la necesidad de abordarla en un futuro próximo. Dado que todavía estaba negociándose el AGCS, el sector de la salud tenía la oportunidad de hacer aportes y ejercer influencia para lograr que se prestara la atención debida a las implicaciones sanitarias del acuerdo.

64. Algunas de las actividades de la OMS con relación al AGCS y el comercio de servicios de salud consistían en la formulación de pautas para ayudar a los Estados Miembros a llevar a cabo un análisis nacional para apoyar la formulación de políticas y las negociaciones; la colaboración con la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) para elaborar conjuntos de datos esenciales; un análisis jurídico del AGCS desde una perspectiva de salud pública; la vigilancia y el seguimiento de las negociaciones del AGCS; y la publicación de un manual sobre el comercio de servicios de salud y el AGCS. Además, la OMS había colaborado con la Organización Mundial del Comercio (OMC) en la producción de un libro en el que se presentaba una visión equilibrada del asunto, apoyada en datos científicos. Ese libro era una buena fuente de consulta sobre el comercio y la salud. Se había publicado en inglés, francés y español, y se proporcionaría a todos los Estados Miembros.

65. El Subcomité recibió con beneplácito el documento y las ponencias, que en su opinión trazaban un buen panorama de las cuestiones que giraban alrededor de la globalización y la salud y servirían para iniciar un debate sobre cómo podría la OPS abordar mejor los efectos de la globalización sobre la salud. Se sugirió que, en la próxima versión del documento, el concepto de la globalización debería operacionalizarse, es decir, el cometido no sería definir la globalización sino identificar los elementos

específicos del tema que debían abordarse. Por ejemplo, mientras que la ponencia se había centrado en los acuerdos comerciales internacionales, otros aspectos de la globalización eran sin duda igualmente pertinentes, como el mayor desplazamiento de las personas a través de las fronteras. Ello tenía asimismo consecuencias sanitarias, como el riesgo de propagación de enfermedades. A este respecto, el Delegado de Canadá informó de que su país había declarado recientemente una emergencia de salud con relación al síndrome respiratorio agudo grave (SRAS por la sigla en inglés).

66. Se sugirió que cinco preguntas quizá ayudasen a destacar los elementos clave de la globalización en los que la Organización debía centrarse desde el punto de vista de las repercusiones sobre la salud y los sistemas de salud: ¿Cuáles eran los factores clave de la globalización que repercutían en la salud en la Región? ¿Qué se sabía acerca de la repercusión de esos factores? ¿Qué objetivos y estrategias debían adoptar los ministerios de salud para abordar la repercusión? ¿Cómo podría la OPS aprovechar lo que ya había hecho la OMS? ¿Qué asistencia necesitaban los Estados Miembros de la OPS para afrontar con éxito la globalización? Al responder a esas preguntas, la Organización debía procurar considerar los temas a través de un enfoque de género. También se alentó a la OPS a que prosiguiera la investigación de los nexos entre la salud y el comercio, lo cual le permitiría ofrecer maneras prácticas para que los representantes del sector de la salud participaran en las negociaciones o conversaciones de políticas comerciales.

67. El mantenimiento de la flexibilidad en materia de políticas se consideraba como un factor clave para los países que deseaban preservar los sistemas de atención de salud en el contexto de los acuerdos comerciales internacionales. Los Estados Miembros de la OPS necesitaban poder fijar políticas para obtener los beneficios de la globalización y, al mismo tiempo, controlar algunos de sus aspectos negativos. La combinación de elecciones de políticas variaría de un país a otro dentro de la Región, pero una cosa sería común: si la flexibilidad en materia de políticas no se protegía, los resultados de la globalización no serían óptimos. Como se mencionaba en el documento, la coherencia de las política entre los ministerios responsables del comercio y los que se ocupaban de la salud era fundamental para lograr resultados beneficiosos de la globalización. Ese asunto sería uno de los temas de un taller conjunto entre la OMS y Salud Canadá que se realizaría el próximo verano.

68. Los delegados recibieron con beneplácito el hincapié que había hecho uno de los ponentes invitados en el concepto de la salud como un componente fundamental del desarrollo, criterio que se recalca también en el Informe de Desarrollo Humano del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Se mencionó que las cuestiones planteadas por otro ponente con respecto a la movilidad de la fuerza de trabajo y los servicios serían una adición importante al contenido del documento, que mejoraría también si incluyera un análisis de las condiciones estructurales del mercado de trabajo para los profesionales de la salud y del análisis de posibles maneras de reducir las disparidades económicas entre los países.

69. Varios delegados observaron que las ponencias habían ayudado a ampliar el criterio aplicado en el documento, ya que en algunos pasajes este último daba la impresión de que las dimensiones sanitarias de la globalización básicamente se limitaban al comercio de medicamentos y dispositivos médicos, mientras que las ponencias de los invitados habían demostrado claramente que era necesario ir más allá y considerar también el comercio de servicios. Además, las ponencias mencionadas habían dejado claro que en el área específica del comercio de medicamentos era imprescindible pensar no solo en términos nacionales sino regionales.

70. El Delegado de los Estados Unidos dijo que a su delegación, también, las ponencias le había parecido informativas y útiles. Sin embargo, la delegación estadounidense estaba sumamente decepcionada con el documento SPP37/5, pues en él se daba una impresión tendenciosa y negativa del comercio y el intercambio económico, y se formulaban recomendaciones para la actuación de la OPS que rebasaban el mandato y la esfera de competencia de la Organización. Este tema no debía transmitirse al Comité Ejecutivo sin antes efectuar revisiones considerables y concentrarse más en la función específica de salud pública de la OPS. El documento abarcaba una serie amplia de temas, algunos directamente relacionados con la salud y otros apenas marginalmente, pero muchos de ellos caían directamente en la esfera de competencia del organismo internacional encargado de los asuntos de comercio, es decir, la Organización Mundial del Comercio, no la OPS. La OPS debía centrarse en ayudar a los Estados Miembros a abordar los temas distintos del comercio, como la infraestructura sanitaria, la formación profesional y la adquisición y distribución de los medicamentos necesarios en el marco de la liberalización de las reglas de comercio. Varias resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud le marcaban el rumbo a la OMS a la hora de tratar asuntos comerciales y sanitarios. Cuando la OMS deseaba ofrecer asistencia técnica a los Estados Miembros con relación a los convenios de la OMC, estaba obligada a diferir a la OMC o la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual (OMPI) por ser ambas los expertos técnicos en ese campo. La OPS, en su calidad de oficina regional de la OMS para las Américas, también debía diferir a los organismos internacionales pertinentes cuando se le solicitase proporcionar asistencia técnica de consideración,

71. La Dra. Rocío Sáenz (Costa Rica, Presidenta del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo) comentó que ni en el documento ni en las ponencias se habían abordado en grado suficiente las necesidades específicas de grupos vulnerables, en particular las mujeres. La función de la OPS y la OMS era no solo plantear los temas para el debate sino también abogar firmemente por que determinadas actitudes se tuviesen en cuenta en las negociaciones. Señaló que el Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo había formulado recomendaciones relacionadas con el tema, las cuales se someterían a la consideración del Comité Ejecutivo en junio.

72. En respuesta a las observaciones del Subcomité, la Dra. Kickbusch volvió a referirse a la cuestión de la interfaz entre la globalización, el género y salud. Se había señalado que los cambios sociales rápidos y la modificación del papel de los hombres daban lugar a respuestas que podrían tener consecuencias no intencionales para las mujeres, quizás bajo la forma de violencia. Otro aspecto de la cuestión de género era la manera en la cual la reestructuración mundial cambiaba la vida de los hombres jóvenes en los países con una población de jóvenes muy alta, al dejarlos sin oportunidades suficientes de empleo y, por tanto, sin un rol masculino de utilidad. Era muy importante considerar los efectos positivos y negativos de la globalización, no tanto en las mujeres o los hombres sino en las relaciones entre ellos.

73. La Dra. Das señaló que de momento sólo se contaba con una idea *ex post* del efecto que la globalización tenía en la salud de la mujer y en las relaciones de género. En efecto, las pruebas empíricas eran heterogéneas, contradictorias e insuficientes, pero los nexos estaban bastante claros. También era claro, por ejemplo, que las necesidades de salud de los hombres y las de las mujeres diferían. Era importante avanzar ya hacia una comprensión *ex ante* de lo que sucedía, lo cual significaba involucrar a las organizaciones de mujeres en la interacción con los ministerios de salud, en la formulación de políticas y en las negociaciones comerciales. En segundo lugar, el tema de la salud de los adolescentes era importante, particularmente en una era de reducción del tamaño del sector público y una enorme liberalización económica en la que el segmento de la población, tanto masculina como femenina, que tenía entre 15 y 19 años de edad probablemente se enfrentaría con un mayor desempleo. En particular, debía prestarse atención a las necesidades de salud de las mujeres jóvenes, en cuanto a sus derechos sexuales y reproductivos. Esa esfera incluía cuestiones políticas enormes, pero el no alentar a los grupos más vulnerables de niñas jóvenes a obtener acceso al tipo de servicios de salud reproductiva que quizá necesitaran podría tener repercusiones enormes sobre esa cohorte de edad a medida que fuese envejeciendo.

74. El Dr. Warner reiteró que, como había mayor migración de fuerza de trabajo y capitales dentro del continente americano, también sería necesario considerar cuáles eran las implicaciones más generales para la integración de los sistemas de salud. El Dr. Drager dijo que, en el plano de la coherencia de políticas, particularmente entre las de salud y las de comercio, a la OMS le competía sin duda una función, tanto mundial como a escala de los países. Los directores generales de la OMC y la OMS se reunían regularmente, y las dos organizaciones colaboraban estrechamente en el plano técnico. La OMS esperaba seguir apoyando a los países y sus ministerios de salud, en cuanto a aportar las pruebas y el análisis que permitiera brindar información útil para respaldar las negociaciones entre los ministerios de comercio. No se trataba de crear un enorme programa de salud y comercio: el grupo en la sede de la OMS que trabajaba en estos asuntos era y seguiría siendo pequeño. La acción real estaba sucediendo en los países y las regiones, ámbitos donde la OMS esperaba fortalecer la capacidad colaborando con centros de excelencia en diversos países.

75. El Dr. Vieira agradeció a los participantes sus observaciones, especialmente las de carácter crítico, que eran necesarias para mejorar y fortalecer el documento. Las sugerencias acerca de operacionalizar el concepto de globalización y centrarse en las cuestiones concretas que realmente importaban para el sector de la salud eran muy importantes y se considerarían en la próxima versión del documento. Parte del trabajo que se había hecho en esa área había aprovechado enormemente las experiencias de Canadá, como la consulta entre Salud Canadá y la sociedad civil acerca de las implicaciones de las cuestiones sanitarias que surgían de los acuerdos comerciales. Otra experiencia útil había sido una empresa conjunta efectuada en Montevideo en la que participaron investigadores de las esferas del comercio y de la salud, en la que se habían tratado algunos de los temas expuestos por los ponentes. Del encuentro habían surgido algunas ideas muy buenas para el seguimiento y análisis ulterior. Con referencia a las varias sugerencias de compartir la información y las experiencias, el funcionario señaló que la OPS participaba activamente en varios foros en los cuales podrían tener lugar tales intercambios. Uno se hallaba en Estados Unidos y también abarcaba el Caribe y América Latina, mientras que otro estaba insertado en el MERCOSUR.

76. La interacción de los asuntos comerciales y sanitarios era un campo sobre el que aún se sabía muy poco, en particular dentro de los ministerios de comercio, que estaban tomando la delantera en las negociaciones comerciales. El objetivo de la OPS era promover un diálogo entre los ministerios de salud y los de comercio para lograr que los asuntos sanitarios se abordaran debidamente en esas conversaciones. Incluso en organizaciones internacionales como la OMC y la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo (UNCTAD), no había suficientes expertos en salud y, en consecuencia, las dimensiones sanitarias de los acuerdos comerciales se solían pasar por alto. Por lo tanto, se necesitaba emprender esfuerzos conjuntos entre los organismos para lograr que se prestara suficiente atención a las preocupaciones de salud en el marco de las negociaciones comerciales.

77. La Directora expresó su gratitud a los ponentes por sus exposiciones tan bien meditadas, que habían mejorado enormemente la consideración del tema por el Subcomité. Las ideas que habían surgido de las ponencias y el debate serían muy útiles para que la Oficina mejorara el documento. Recordó a los Miembros del Subcomité que la OPS tenía una larga historia de participación en cuestiones de salud y comercio. De hecho, una de las razones por las que la OPS se había creado cien años antes había sido la de facilitar el intercambio de información y mejorar las condiciones sanitarias para promover el comercio entre los países de América y los de Europa. La Organización seguía respondiendo a las solicitudes de cooperación técnica de los países en las áreas relacionadas con la salud y el comercio. Un ejemplo notable de la participación de la OPS en los asuntos de comercio había ocurrido en los años noventa en Uruguay, donde la liberalización del comercio de la sal había amenazado con echar por tierra los extraordinarios adelantos logrados como resultado de 70 años de legislación sobre la

yodación de la sal, que prácticamente había eliminado el problema terrible del retraso mental causado por la carencia de yodo. Por fortuna, tan pronto como se advirtió de que se planeaba introducir la sal no yodada, se habían aplicado medidas de control de urgencia. Ese episodio había puesto de relieve la necesidad del análisis *ex ante*, como proponía la Dra. Das, para determinar los posibles efectos negativos de las decisiones de comercio antes de que se produjeran.

78. De acuerdo con el mandato dado a la OPS desde el principio, la Organización estaba trabajando para maximizar los efectos positivos y reducir las repercusiones negativas de ciertos aspectos de la globalización. Por ejemplo, a petición del MERCOSUR la OPS había llevado a cabo un proyecto sumamente reconocido que posteriormente había sido adoptado por la FAO a nivel mundial, a saber, la organización de bases de datos que reunían los reglamentos acerca de los productos alimenticios. En Uruguay, dicha información se había suministrado en línea para facilitar las negociaciones y acelerar la firma de los convenios.

79. La OPS estaba trabajando asimismo en la difícil área del otorgamiento de licencias a los profesionales de la salud. Había prestado apoyo técnico a la armonización de dicho proceso en el Caribe, y en ese momento participaba en la armonización de los requisitos para otorgar la autorización para ejercer y efectuar el registro de los profesionales de la salud en el MERCOSUR. En esa y otras esferas, y en respuesta a las solicitudes de los países, la Organización estaba tratando de promover el diálogo entre diferentes sectores nacionales. Uno de sus focos de interés había sido la organización de equipos multisectoriales dentro de los países para prestar apoyo a las autoridades nacionales que participaban en negociaciones sobre los diversos aspectos de la globalización. La OPS había llevado a cabo ese trabajo con los recursos existentes. No había recibido ningún apoyo extrapresupuestario ni había desviado ningún recurso del apoyo a los países. Dado que el trabajo abarcaba una serie de asuntos y áreas, involucraba a diversas unidades de la Organización.

80. La Directora concluyó reiterando las gracias al Subcomité por sus observaciones, que ayudarían a la Oficina a revisar y mejorar el documento y perfeccionar el trabajo de la OPS con respecto a la globalización y la salud.

Familia y salud (documento SPP37/6)

81. El Dr. Ernest Pate (Jefe interino, Unidad de Salud de la Mujer y Salud Materna, OPS) describió la iniciativa de familia y salud de la OPS, que pretendía mejorar los resultados de salud y la calidad de vida mediante un enfoque centrado en la familia. Empezó por explicar algunos aspectos conceptuales relativos a la familia y la salud. La familia constituía la unidad básica de la organización social y era también el entorno en el cual se establecían inicialmente los comportamientos y las decisiones relacionados con la salud. La Organización sostenía que la familia debía considerarse por consiguiente en todo análisis, diseño y planificación relacionados con la salud.

82. Existían diferencias sutiles de significado entre "salud de la familia" y "salud familiar" que eran fundamentales para analizar en qué consistían las intervenciones de salud en el entorno familiar. "Salud de la familia" se refería a la familia como una unidad, mientras que "salud familiar" se relacionaba con la salud de los individuos dentro de esa unidad familiar. La OPS usaba el término "familia y salud" para denotar tanto la salud de la familia como la de los miembros individuales de esta.

83. En los diez años anteriores, varias cumbres internacionales habían abordado temas relacionados con la familia y la salud. Esas cumbres habían declarado que la familia tenía derecho a recibir protección y apoyo integrales y habían exhortado a formular políticas y leyes que apoyaran a la familia y contribuyeran a mantener su estabilidad. También habían recalcado la función de la familia en la promoción de la salud y la necesidad de reorientar los servicios de salud con un criterio familiar.

84. En respuesta a esos mandatos y a los cambios demográficos, sociales y económicos que estaban imponiendo grandes presiones a las familias de las Américas, la OPS había formulado la iniciativa de familia y salud. Al hacerlo, había aprovechado la experiencia de los países de la Región que habían implantado modelos o programas de salud familiar. Esos programas compartían varias semejanzas: tenían una orientación médica, se centraban en la familia dentro de la comunidad, estaban financiados por el Estado y prestaban servicios integrados. La mayoría de los modelos consideraban la familia como el entorno donde se generaba la salud y todos aplicaban un enfoque de equipo a la prestación de asistencia sanitaria. Además, casi todos los modelos ponían los recursos del sistema de salud directamente en la comunidad al colocar los equipos en estrecha proximidad de las familias. La OPS proponía sacar provecho de esas experiencias, usando para ello una combinación de estrategias de prevención de enfermedades y promoción de la salud.

85. La Organización había adoptado un enfoque basado en el ciclo de vida que reconocía que las bases de la salud se construían antes de la concepción del individuo, en la primera infancia y en la adolescencia. Sus intervenciones procurarían fortalecer el enfoque de promoción y protección de la salud, abordar las inequidades, atender a los grupos marginados y fomentar el respeto y la protección de los derechos de las familias. También velarían por involucrar a las familias en la elaboración de enfoques basados en intervenciones centradas en la familia. Se habían seleccionado ocho áreas prioritarias para la acción: salud maternoinfantil; salud y desarrollo del niño; salud de los adolescentes; experiencia como padre o madre; un entorno físico y social sin riesgos; atención familiar de las personas de edad; salud mental y desarrollo psicosocial; y violencia. Las estrategias que la OPS emplearía para su trabajo en esas áreas se describían en el documento SPP37/6.

86. El Subcomité expresó su apoyo decidido a los esfuerzos de la OPS en el área de la familia y la salud. La mayor atención prestada por la Organización a este campo se consideraba muy oportuno, pues coincidía con los esfuerzos para fortalecer la familia y mejorar la salud familiar en muchos países y también con el próximo 10.º aniversario del Año Internacional de la Familia. La celebración de ese aniversario en 2004 brindaría la oportunidad de dirigir la atención internacional a los asuntos relacionados con la salud familiar. Varios delegados describieron las iniciativas de salud de la familia que estaban en marcha en sus países y ofrecieron intercambiar sus experiencias con la OPS y con otros Estados Miembros. Se alentó a la Organización a que utilizara las enseñanzas extraídas de esas experiencias para refinar su enfoque de la familia y la salud. Al mismo tiempo, sin embargo, se señaló que no podía haber una sola "receta" para ocuparse de la salud familiar. El modelo aplicado tendría que adaptarse a las características de la familia y el sistema de atención de salud en cada país. Es más, en el diseño de las intervenciones de salud familiar también debían tenerse en cuenta las pautas culturales y religiosas, que ejercían una gran influencia en los valores familiares y la vida familiar, así como en los comportamientos relacionados con la salud y la asistencia.

87. Varios delegados expresaron inquietud por algunas tendencias preocupantes en sus países que estaban teniendo una repercusión negativa sobre la integridad y la salud de la familia. El aumento del divorcio y la separación de las parejas, el embarazo de adolescentes y las familias monoparentales, en combinación con otros problemas sociales y económicos, estaban debilitando la familia y, en último término, poniendo en peligro la propia trama social. Toda iniciativa que apuntara a mejorar la salud familiar tendría que tomar en consideración todos los factores que estaban afectando a la estabilidad y la vida familiar. Sin embargo, en vista de que muchos de esos factores escapaban al control inmediato del sector de la salud, era esencial aplicar un enfoque integrado e intersectorial. También era imperativo aumentar la generación de información y conocimientos acerca de las innumerables variables que determinaban la salud de la familia.

88. El Subcomité dijo estar de acuerdo con las áreas prioritarias para la acción mencionadas en el documento, aunque los delegados sugirieron varios temas más que deberían abordarse bajo algunas de esas áreas. Por ejemplo, con relación a la salud materno-infantil y la salud y desarrollo del niño, los delegados opinaron que se debían mencionar explícitamente otros componentes, como la inmunización, la prevención de los defectos congénitos, la promoción de los factores de protección, la prevención de las infecciones de transmisión sexual, la educación en la primera infancia y el sano uso del tiempo de ocio. Se señaló que la pandemia de infección por el VIH/SIDA se estaba cobrando un tributo oneroso en las familias, y se subrayó en particular la necesidad de promover las elecciones y los modos de vida sanos, así como prestar especial atención a los adolescentes y los adultos jóvenes. En el área de la salud mental, otro grave problema que estaba afectando a las familias era el abuso del alcohol, cada vez más frecuente entre los adultos y, de manera aún más alarmante, entre los adolescentes a edades cada vez menores. La violencia intrafamiliar era también una inquietud grave que debería

abordarse en el marco de la iniciativa. Varios delegados destacaron la necesidad de prestar mayor atención a los hombres, tanto en sus necesidades de salud concretas como en su función de padres y prestadores de asistencia.

89. Se sugirió que la OPS tal vez quisiera considerar un método focalizado o gradual para poner en práctica la iniciativa, dado el gran número de áreas prioritarias en las cuales se proponía actuar. También se sugirió que en la próxima versión del documento se debía proporcionar más información sobre la manera concreta en que la OPS aplicaría las estrategias. Además, se recalcó la necesidad de vigilancia y evaluación para seguir el progreso de la iniciativa.

90. El Dr. Pate observó que del debate habían surgido varios temas comunes. Uno era la idea de la integración. La OPS era muy consciente de la necesidad de un enfoque integrado e intersectorial; reconocía que la adopción de un enfoque medicalizado no produciría los resultados deseados. Los datos reunidos, aunque limitados, mostraban claramente la necesidad de integrar las intervenciones sociales y económicas con intervenciones de salud. El funcionario señaló que el programa de la familia y la salud no era vertical; más bien, constituía una iniciativa vinculada con las diversas unidades del área de Salud Familiar y Comunitaria en la que también participaban otras unidades de la Oficina. Muchas de las inquietudes planteadas por los delegados se abordarían en el marco de esa iniciativa conjunta. La inmunización y la infección por el VIH/SIDA, por ejemplo, eran el foco de atención de otras unidades del área de Salud Familiar y Comunitaria.

91. La Oficina era asimismo consciente de las amplias diferencias culturales que existían en la Región y de la necesidad de elaborar modelos que fueran flexibles y adaptables a las características y los requisitos de cada país. Esto resultaba esencial porque, como el Subcomité había señalado correctamente, ningún modelo podría aplicarse en todos los casos. Igualmente importantes eran la vigilancia y evaluación para determinar la repercusión de la iniciativa. La Oficina se proponía tener como base la experiencia de países como Brasil, Canadá, Cuba y Estados Unidos, que habían elaborado indicadores para medir los efectos de sus programas de salud familiar.

92. Con respecto al papel de los hombres en la salud de la familia, el funcionario señaló que la OPS estaba colaborando en ese momento con el Organismo Alemán para la Cooperación Técnica (GTZ) en un estudio multipaíses sobre la participación masculina en la salud sexual y reproductiva. Ese proyecto había estado en marcha por dos años en los siete países de Centroamérica, y se esperaba que los resultados preliminares estuvieran listos para fines de 2003. La información derivada del estudio se usaría para diseñar modelos encaminados a aumentar la participación de los hombres en la atención de salud sexual y reproductiva. Además de los componentes de salud, esos modelos abordarían aspectos de comunicación y cambio de comportamientos.

93. Para concluir, agradeció a los delegados de los países que habían ofrecido compartir su experiencia y les aseguró que la OPS recurriría a ellos en busca de orientación a medida que siguiera elaborando la iniciativa de la familia y la salud.

94. La Directora se mostró complacida de que la primera versión del documento sobre la familia y la salud hubiera sido tan bien recibida; las observaciones del Subcomité ayudarían a la Oficina a mejorar la próxima versión. Opinó que la creación del área de Salud Familiar y Comunitaria le permitiría a la Oficina aplicar un enfoque integrado a la salud familiar. Con todo, también sería necesario obtener aportaciones de otras áreas. Por ejemplo, en el área de la información y el monitoreo, se había acumulado mucha experiencia mediante las encuestas domiciliarias. Aunque "domicilio" y "familia" no eran necesariamente sinónimos, había una estrecha relación entre los dos conceptos y esas encuestas podrían ser una buena fuente de información sobre la salud de la familia, así como de datos sobre las variables económicas, sociales, demográficas y otras que guardaban relación con la salud de la familia.

95. Asimismo, debía aprovecharse el trabajo de la Unidad de Género y Salud, en particular el proyecto sobre la violencia de género y sus causas. La información de ese proyecto podría usarse para identificar los factores protectores que podrían incorporarse en las actividades de promoción de la salud en el marco de la iniciativa de la familia y la salud. El sistema de seguimiento y vigilancia vinculado con el proyecto de la violencia también podría ser muy valioso.

96. La unidad que se encargaba de ampliar la protección social en materia de salud también podría efectuar una contribución valiosa a la iniciativa, en particular identificando los sistemas de seguro médico que proporcionarían una mejor cobertura a las familias. A este respecto, la oradora observó que los delegados a la 20.^a sesión del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo habían informado de que había algunos sistemas que no extendían la protección a los cónyuges de las mujeres que trabajaban, aunque los empleados varones tenían derecho a la cobertura para su esposa y su familia. La existencia de tales prácticas discriminatorias ponía de relieve la necesidad de contar con políticas y legislación para proteger y apoyar a las familias;

97. También eran esenciales para legitimar los modelos de salud familiar que con el tiempo se crearían. En ese sentido, destacó que, en la transformación de los modelos de asistencia sanitaria y especialmente la reducción de la asistencia hospitalaria, era importante evitar transferir las responsabilidades asistenciales a las familias sin proporcionarles los recursos y el apoyo necesarios, tanto en lo económico como en cuanto a la necesaria reorganización del sistema de salud. No hacerlo así podría sobrecargar a las familias y agravaría el problema de la pobreza —pues algunos miembros de la familia indudablemente tendrían que dejar su trabajo para atender a otros miembros—, lo que a su vez empeoraría, no mejoraría, la salud y la calidad de vida de la familia.

98. Finalmente, en respuesta a la observación con respecto al uso indebido del alcohol y su repercusión sobre las familias, aseguró al Subcomité que la OPS estaba adoptando medidas para abordar el problema. El Jefe de la Unidad de Salud Mental llevaba mucho tiempo preconizando prestar una mayor atención al abuso del alcohol y otras sustancias psicotrópicas, y se había contratado un asesor regional para trabajar específicamente en el problema.

Monitoreo de la reducción de la morbilidad y la mortalidad maternas (documento SPP37/7)

99. La Dra. Virginia Camacho (Asesora Regional, Iniciativa de Reducción de la Mortalidad Materna, OPS) resumió los puntos principales del documento, que se había preparado como seguimiento a la aprobación por los Estados Miembros de la Estrategia Regional para la Reducción de la Mortalidad y la Morbilidad Maternas en la 26.^a Conferencia Sanitaria Panamericana el año anterior. La resolución CSP26.R3 aprobada por esa Conferencia le había solicitado a la Directora fortalecer los sistemas de información y vigilancia para vigilar el progreso en la reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas.

100. El objetivo del documento era enunciar una propuesta para ayudar a la Oficina y los países, tanto a nivel nacional como local, a monitorear el progreso hacia la consecución del objetivo de la Cumbre del Milenio de reducir la mortalidad materna en 75% entre 1999 y 2015. Con esa finalidad se habían establecido dos indicadores: la tasa de mortalidad materna y la proporción de nacimientos asistidos por personal calificado. Además, la propuesta planteada en el documento apuntaba a ayudar a los Estados Miembros a cumplir el compromiso que habían contraído en la resolución CSP26.R13 de colmar las brechas en mortalidad materna que existían entre los países de la Región y al interior de los mismos.

101. El documento abordaba la cuestión de monitorear desde tres perspectivas: cómo medir el progreso en cuanto a los indicadores de repercusión (por ejemplo, tasas de mortalidad materna); cómo medir los esfuerzos que estaban realizándose en toda la Región para abordar el problema de la mortalidad materna (por ejemplo, formulación de políticas, planes y programas), y cómo podría la Organización apoyar mejor los esfuerzos de los países. Para implantar sistemas de monitoreo a escala regional, nacional y local, la OPS proponía aprovechar los sistemas existentes y hacer un uso óptimo de las prácticas adecuadas y las enseñanzas adquiridas en los países de la Región. Mejorar la capacidad de monitoreo al nivel local se consideraba crucial, pues en ese nivel se generaba la información que se incorporaba en los sistemas de monitoreo y allí vivía la población afectada.

102. Basándose en la Estrategia Regional, el documento describía los componentes clave de un sistema de monitoreo de la morbilidad y la mortalidad maternas, junto con los

indicadores y las preguntas correspondientes a las que debía responder cada uno. Esos componentes eran: formulación y ejecución de políticas, planes y programas para la reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas; asignación de recursos para la inversión pública con este fin; prestación y utilización de los servicios obstétricos esenciales (básicos e integrales) y la asistencia calificada del parto; estrategias para empoderar a las mujeres, las familias y las comunidades, que según las investigaciones podrían tener una gran repercusión en la reducción de la mortalidad materna y el mejoramiento de la salud materna; sistemas de estadísticas vitales y de vigilancia, así como el uso de la información para la acción; y la creación de asociaciones, otro elemento que tenía una gran repercusión, no solo en la formulación de las políticas públicas, sino en el examen en curso de la puesta en práctica de los planes y programas y de la participación de la sociedad civil en el proceso.

103. Se le pidió al Subcomité su parecer sobre la pertinencia de esos componentes y la manera como la cooperación técnica de la OPS podría apoyar mejor a los países a implantar sistemas para monitorear la morbilidad y la mortalidad maternas. Además, se invitó al Subcomité a expresar sus puntos de vista sobre cómo estimular la participación activa de los interesados directos, especialmente los grupos de mujeres, y a formular observaciones sobre cómo determinar cuáles de los muchos indicadores eran compatibles con los mandatos internacionales, los planes nacionales y locales y los objetivos de dichos interesados.

104. Al Subcomité le pareció que el documento estaba bien escrito y organizado, y recibió con beneplácito la propuesta de la Organización de monitorear la morbilidad y la mortalidad maternas. La reducción de la mortalidad materna se consideraba de una elevada prioridad para todos los países, aun de los que presentaban tasas relativamente bajas, y la implantación de un sistema de monitoreo eficaz se juzgaba un paso crucial para determinar dónde y por qué seguían ocurriendo las defunciones maternas. El monitoreo también ayudaría a identificar las causas de la morbilidad materna. A este respecto, se recalcó la importancia de prestar una buena atención prenatal a lo largo del embarazo, así como la asistencia calificada del parto. La mejora de los servicios de salud sexual y reproductiva y el acceso oportuno y gratuito a los métodos de planificación de la familia se consideraban como otra estrategia clave para mejorar la salud materna.

105. Los delegados estuvieron de acuerdo con los componentes básicos de la propuesta y opinaron que constituiría un buen marco para la elaboración de planes de monitoreo nacionales y locales. Se aplaudió que la propuesta hiciera hincapié en los pobres y desfavorecidos, y también que alentara la participación local y se concentrara en las áreas donde se sabía que había subregistro de las defunciones maternas. Se señaló que la salud materna estaba estrechamente vinculada con la salud familiar en general, por lo que se subrayó la necesidad de incluir a las familias y comunidades en las actividades para reducir la morbilidad y la mortalidad maternas.

106. Se expresó el apoyo firme a los esfuerzos de la Organización para evitar duplicación del trabajo, ampliar los sistemas existentes de información y forjar alianzas con otras organizaciones que estaban trabajando para abordar las causas de la morbilidad y la mortalidad maternas. Varios delegados señalaron que ciertos organismos de sus países habían creado herramientas y métodos para esa finalidad y ofrecieron intercambiar sus experiencias con la OPS. Otros indicaron también que presentarían por escrito sugerencias y observaciones adicionales acerca del documento.

107. La Dra. Camacho manifestó que esperaba recibir esas contribuciones por escrito. Dijo que estaba de acuerdo plenamente con los delegados que habían recalcado la necesidad de concentrarse en reducir la morbilidad y la mortalidad maternas. Aunque el documento no se detenía tan extensamente en ese aspecto del trabajo de la Organización, era un componente importante de la cooperación técnica de la OPS en el área de la salud maternoinfantil, especialmente con los países que ya tenían tasas bajas de mortalidad materna. La reducción de la morbilidad durante el embarazo no solo evitaría defunciones maternas, sino que ayudaría a las madres a evitar posibles problemas de salud en etapas posteriores de la vida. Los países con tasas bajas que seguían considerando la mortalidad materna como una prioridad en sus políticas públicas estaban dando un ejemplo importante, a saber: reconocían que incluso una muerte materna era demasiado. De igual manera que la Región se había fijado la meta de eliminar el sarampión, debería afanarse por eliminar la mortalidad materna.

108. La Directora opinó que era importante aplicar un enfoque estratificado al problema de la mortalidad materna. Mientras que en el caso de los países con tasas intermedias o bajas el monitoreo era fundamental para reducirlas aún más y, sobre todo, identificar las causas de la morbilidad materna, en los países con tasas elevadas de mortalidad materna la prioridad debía ser la acción. Las causas ya se conocían y se contaba con intervenciones de eficacia comprobada para abordarlas; lo que se necesitaba era conseguir que esas intervenciones se aplicaran, concentrándose particularmente en las zonas geográficas y los grupos de población con el más alto riesgo.

109. Al mismo tiempo, era importante involucrar a los grupos organizados de mujeres en la iniciativa para reducir la mortalidad materna porque a menudo eran ellos los que ponían de relieve problemas difíciles que necesitaban abordarse. Por ejemplo, en algunos países las mujeres se habían convencido de que la operación cesárea era mejor para ellas y sus bebés, idea que era fomentada por la profesión médica. Como resultado, algunas mujeres estaban muriendo por complicaciones de las cesáreas innecesarias. Cuando tales problemas salían a la luz, era preciso acometerlos frontalmente. De lo contrario, las tasas de mortalidad materna de la Región seguirían siendo inadmisiblemente altas.

Obesidad, alimentación y actividad física (documento SPP37/8)

110. El Dr. Enrique Jacoby (Asesor Regional, Unidad de Nutrición, OPS) describió la estrategia propuesta para combatir el problema creciente de la obesidad en la Región, que recalca la prevención y pretendía determinar los factores que desalentaban a las personas de elegir las opciones saludables con respecto al régimen alimentario y la actividad física. Empezó por presentar estadísticas de la prevalencia en aumento del sobrepeso y la obesidad en los países de las Américas, que había traído consigo un alza correspondiente de la hipercolesterolemia, la hipertensión arterial y otros trastornos de salud relacionados con la alimentación. El problema estaba aumentando en todos los países, no solo en los de ingreso alto. No obstante, los ingresos sí influían en las tasas de obesidad. Tanto en los países ricos como en los pobres, el aumento de los ingresos se relacionaba con un aumento de la obesidad hasta cierto punto; pero más allá de ese punto, entre los sectores de ingresos más altos de la población, dichas tasas eran más bajas.

111. La mayor parte de los casos de sobrepeso y obesidad podrían prevenirse mediante cambios en la alimentación y el grado de actividad física, que eran opciones del modo de vida. Sin embargo, esas opciones estaban influidas por factores ambientales. Por ejemplo, el diseño de muchas ciudades promovía la dependencia del transporte motorizado y desalentaba el caminar y otras formas de actividad física. De igual manera, el extraordinario aumento de la oferta de alimentos elaborados hipercalóricos y ricos en grasas había cambiado las pautas de consumo, lo cual había aumentado el número de calorías consumidas por día, al tiempo que se había reducido el consumo de frutas y hortalizas. El reto para el sector de la salud pública, por lo tanto, era cómo hacer más fácil que las personas eligieran opciones más saludables, especialmente en los estratos de ingresos medianos y bajos, donde el problema era sumamente grave.

112. La estrategia que se proponía en el documento SPP37/8 tenía un enfoque múltiple que recalca la prevención, pues se reconocía que era mucho más fácil y menos costoso evitar la aparición de la obesidad que tratar sus consecuencias más adelante. Es más, la mayoría de los países de la Región sencillamente no tenían los recursos para abordar los problemas de salud que acompañan a la obesidad en una población que está envejeciendo. En relación con lo anterior, la estrategia requería la integración de los esfuerzos por prevenir la obesidad y ciertas enfermedades no transmisibles. También aspiraba a modificar los factores ambientales que dificultaban el cambio de conducta y las elecciones saludables para los estratos de la población con los ingresos más bajos y mínima educación. Dado que muchos de esos factores eran competencia de otros sectores, la formación de asociaciones con entidades ajenas al sector de la salud era también un componente clave de la estrategia. La generación de más y mejores datos sobre el problema era otro aspecto importante.

113. El Dr. Jacoby concluyó su intervención recalcando que todos los elementos y actividades propuestas como parte de la estrategia se dirigían a una meta fundamental: hacer que las opciones saludables fuesen las opciones más fáciles.

114. El Subcomité aplaudió la participación de la Organización en esta área. Se señaló que los esfuerzos de la OPS reforzarían los esfuerzos más amplios de la OMS para elaborar una estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Varios delegados comentaron que la orientación preventiva de la estrategia propuesta por la OPS era compatible con iniciativas actuales en sus países, las cuales procuraban alentar el cambio de conducta y promover modos de vida sanos mediante un enfoque integrado e intersectorial que incluía una amplia variedad de socios. En ese sentido, se recalcó la necesidad de involucrar a la industria alimentaria al abordar el problema de la alimentación y la obesidad. Un delegado sugirió, por ejemplo, que esa industria podría ser una fuente de financiamiento para la investigación en esta esfera. Otro señaló que era importante que el sector de la salud colaborase con la industria alimentaria para mejorar el etiquetado de los alimentos envasados y, de esa manera, facilitar a los consumidores la información que necesitaban para elegir las opciones más sanas.

115. En general, el Subcomité consideró que el documento era un buen punto de partida para elaborar una estrategia eficaz, aunque varios delegados sugirieron incorporar otros temas, en particular la identificación de los componentes y actividades necesarios para poner en práctica una estrategia a nivel de país, recomendaciones sobre políticas y reglamentos nacionales, e indicadores para la vigilancia y evaluación. Un delegado señaló que en muchos países se comía cada vez más en los restaurantes y, por lo tanto, la estrategia debía tener en cuenta esa tendencia. También se sugirió que la estrategia debía centrarse en el mantenimiento de un peso saludable —mediante una buena alimentación y actividad física suficiente— y no en el adelgazamiento, y en alentar la responsabilidad individual en cuanto a la alimentación y la actividad física, en lugar de depender de los programas para bajar de peso.

116. Varios delegados indicaron que proporcionarían otras sugerencias por escrito. La Delegada de Estados Unidos dijo que, además, su delegación proporcionaría comentarios por escrito sobre algunas inquietudes que tenía acerca del documento, en particular varias afirmaciones que se hacían con respecto al efecto de la publicidad en los hábitos alimentarios y el vínculo entre la obesidad y el consumo de ciertos tipos de alimentos que no parecían estar respaldadas por las pruebas científicas actuales. A su delegación también le preocupaba una sección del documento que parecía proponer que los países debían explorar la posibilidad de usar los reglamentos, aranceles e impuestos como medios de modificar las preferencias y el comportamiento alimentarios. La OPS parecía estar proponiendo que los Estados Miembros debían considerar la posibilidad de no cumplir con los convenios de la Organización Mundial del Comercio. Ese era un enfoque acientífico y simplista al problema, e implicaba cuestiones que estaban claramente fuera del alcance y la competencia de la Organización. Por consiguiente, su delegación solicitaba que la Secretaría revisara cuidadosamente esa sección para que reflejara con mayor exactitud una posición de salud pública.

117. Se señaló que la recomendación hecha en el documento con respecto a la actividad física —30 minutos al día, cinco días a la semana—difería de la recomendación de la OMS de 1 hora al día, cinco días a la semana. Se pidió a la Oficina que explicara esa diferencia y, también, que aclarara la recomendación contenida en el documento con respecto a la participación activa en la Comisión Mixta FAO/OMS del Codex Alimentarius.

118. Se recalcó la importancia de promover los cambios de comportamiento y las ideas acerca del régimen alimentario y la obesidad entre los trabajadores de salud. Debían hacerse modificaciones de los programas de estudios y adiestramiento de los profesionales de la salud con miras a lograr que la obesidad se reconociera como el grave problema de salud pública que era. Había que alentar a los médicos a aconsejar a sus pacientes acerca de la importancia de la alimentación y el ejercicio, así como a remitir a las personas obesas a programas especiales ideados para ayudarlas a mejorar sus hábitos alimentarios y aumentar su nivel de actividad física.

119. El Dr. Jacoby aseguró a los delegados que sus observaciones, tanto orales como escritas, se tendrían en cuenta al revisar el documento. Dijo estar sinceramente de acuerdo con la necesidad de involucrar a la industria alimentaria a resolver el problema de la alimentación y la obesidad. Era fundamental mejorar la oferta de alimentos en el mercado, así como aliarse con la industria alimentaria en la empresa de ofrecer a los consumidores una variedad mayor de alimentos sanos.

120. Con respecto a las inquietudes expresadas por la delegación de Estados Unidos, dijo que indudablemente la intención del documento no había sido promover el incumplimiento de acuerdos comerciales internacionales. Más bien, se había pretendido señalar qué medidas debían tomarse con respecto a la oferta de alimentos. Por eso la OPS preconizaba involucrar a los productores y comercializadores de alimentos en la solución del problema. Esa era también la razón de la recomendación con respecto a la participación activa en la Comisión Mixta FAO/OMS del Codex Alimentarius. En el marco del Codex y la OMC se estaban analizando muchas cuestiones que determinaban los tipos de alimentos que se ofrecían a los consumidores. Como esas cuestiones a menudo tenían una dimensión sanitaria, era esencial que el sector de la salud participara en las conversaciones. Por lo que toca a los vínculos entre la publicidad, el consumo de alimentos ricos en grasas y calorías y la obesidad, dijo el orador que sí había pruebas. Él velaría por que la próxima versión del documento incluyera más información sobre los estudios que habían indicado, por ejemplo, que la reglamentación de los tipos de publicidad vista por los niños podía repercutir en el consumo por estos de alimentos ricos en grasas y azúcares, con escaso valor nutritivo.

121. En cuanto a la recomendación sobre la actividad física, dado que dos terceras partes de la población de la Región no hacían ejercicio en absoluto, la OPS creía que era mucho más realista recomendar 30 minutos de actividad física al día. Aunque era verdad

que esa cantidad de ejercicio no era suficiente para reducir la obesidad, 30 minutos eran mejor que nada; además, se había comprobado que incluso la actividad moderada podía producir mejoras considerables de la salud. Crear expectativas muy altas sólo sería una invitación al fracaso. Es más, la OMS apoyaba la recomendación de 30 minutos al día como un mínimo, aunque sí recomendaba que, en condiciones ideales, las personas debían hacer ejercicio durante una hora o más al día, cinco días a la semana.

122. La Directora manifestó que estaba de acuerdo con la necesidad de trabajar conjuntamente con la industria. En ese sentido, el problema de la obesidad era similar a otros problemas de consumo, como el de tabaco. En el futuro, la Organización examinaría con más detalles toda la cuestión de cómo influir en las decisiones de los consumidores. Aunque idear estrategias eficaces que indujeran a los consumidores a decidirse por opciones más saludables quizás no fuese un área tradicional de actividad para la salud pública, resultaba esencial comprender mejor lo que motivaba su comportamiento. Eso era valioso no solo con relación al régimen alimentario y la obesidad, sino en muchas otras áreas de preocupación para la salud pública, como el abuso de alcohol y otras drogas y la utilización de los servicios y la tecnología de salud. Para elaborar tales enfoques orientados al consumidor, la Organización se proponía colaborar con organizaciones de consumidores y de productores. Estas últimas, especialmente, podrían ser una fuente valiosa de información pues habían realizado considerables investigaciones para identificar los factores que determinaban la toma de decisiones por los consumidores.

123. Con respecto al Codex Alimentarius, dijo la funcionaria que, como había explicado el Dr. Jacoby, el objetivo de la OPS era aumentar la participación en las comisiones nacionales del Codex. Era importante involucrar a varios sectores, pero especialmente a sanitario, en los análisis y debates de esos órganos.

124. Por último, informó de que estaba en marcha una iniciativa interna para hacer que todas las oficinas de la OPS, tanto en Washington, D.C., como en los países, fuesen entornos más saludables. Algunos de los cambios efectuados consistían en ofrecer alimentos más sanos y promover la actividad física del personal. De esa manera, la Organización esperaba dar un ejemplo que sería emulado por sus contrapartes en los países.

Pandemia de influenza: preparativos en el continente americano (documento SPP37/9)

125. El Dr. Marlo Libel (Asesor Regional, Unidad de Enfermedades Transmisibles, OPS) presentó el tema y señaló que era de suma actualidad considerando la epidemia en curso del síndrome respiratorio agudo grave (SARS por la sigla en inglés). Si bien esa enfermedad no era la influenza, había servido para poner a prueba los sistemas de preparativos en diversos países del mundo. Además, en febrero de 2003 también se

habían visto casos de transmisión del virus de la influenza aviaria a seres humanos en Hong Kong, y los dos brotes habían puesto de relieve la necesidad de centrarse en los preparativos para posibles pandemias. El aspecto que suscitaba la mayor inquietud con relación a la influenza era la capacidad del virus de mutar repentina y extraordinariamente. Las epidemias en el pasado habían causado una mortalidad enorme, con consecuencias sociales igualmente grandes. A menudo había tenido asimismo consecuencias económicas muy graves, como el derrumbe de la producción avícola en Asia.

126. El sistema de la OMS para hacer frente a la influenza se concentraba en dos áreas principales de actividad: los preparativos para las pandemias, por un lado, y la reducción de posibilidades de propagación de la enfermedad, por el otro, mediante la identificación temprana de nuevas formas del virus. Los centros colaboradores de la OMS y los centros nacionales contra la influenza secuenciaban genéticamente unas mil muestras por año con miras a fabricar las vacunas. A la fecha, se producían anualmente unos 240 millones de dosis de la vacuna en todo el mundo, lo que era insuficiente en relación con lo que podría requerirse en caso de una pandemia mundial.

127. Los preparativos para una posible pandemia eran insuficientes en la mayoría de los países; mientras que algunos tenían planes detallados de respuesta, otros apenas si contaban con un simple marco básico. El grado de preparativos locales era incierto, y quedaba mucho trabajo por hacer en cuanto a las estrategias relativas a las vacunas y los medicamentos antivíricos. A la fecha, la producción de vacunas se limitaba a nueve países en el mundo, de los que sólo Canadá y Estados Unidos estaban en las Américas.

128. Los elementos clave de los preparativos para las pandemias eran la coordinación general, la vigilancia, la disponibilidad de vacunas y antivíricos, la planificación de los servicios de salud, la respuesta de urgencia y los sistemas de comunicación. El establecimiento de un comité nacional de preparativos para la pandemia y la cadena de mando respectiva, así como la creación de un marco jurídico, eran aspectos importantes de la coordinación general. Como parte de la vigilancia —imprescindible durante las pandemias y en los intervalos entre estas—, era esencial identificar la aparición de una pandemia y rastrear su llegada y avance en un país; procurar la identificación rápida de las cepas nuevas del virus y la capacidad de proporcionar datos de la repercusión en tiempo real; y vigilar el acopio, la eficacia y los fenómenos adversos de las vacunas y los medicamentos antivíricos, así como la resistencia del virus a esos últimos. La vigilancia virológica estaba bastante bien cubierta en Estados Unidos, Canadá y el Cono Sur; pero en el resto del continente era necesario ensanchar la base de población para obtener resultados más completos, así como para integrar la vigilancia humana y animal y, en particular, entender mejor los riesgos para los seres humanos planteados por los virus de la influenza aviarios y porcinos.

129. La cuestión principal con respecto a las vacunas y los antivíricos era la dificultad para producirlos (debido sobre todo al escaso número de productores y a las dificultades para cultivar el virus en huevos embrionados). El ciclo normal de producción de vacunas contra la influenza era de ocho meses, desde la identificación de un virus hasta la obtención de los primeros lotes. Normalmente, era aconsejable preparar vacunas polivalentes, pero en una pandemia podría ser necesario fabricar vacunas monovalentes específicas contra la forma nueva. En tales circunstancias, podrían omitirse algunos pasos en el proceso consultivo y de concesión de licencias, al objeto de abreviar el tiempo de producción a unos cinco o seis meses.

130. En la esfera de la planificación de los servicios de salud, el problema principal que se había encontrado en el caso del SARS había sido la transmisión al personal sanitario. El control de infecciones era un problema muy grave, y era imprescindible contar con planes y procedimientos para hacerle frente. Otro aspecto a destacar eran las medidas de control en las comunidades, como el cierre de las escuelas y establecimientos similares, que además de sus características técnicas entrañaban decisiones políticas. La respuesta de urgencia requería un enfoque intersectorial para mantener los servicios imprescindibles de salud y seguridad pública. El componente de comunicaciones tenía dos aspectos principales: la comunicación con los equipos de respuesta de urgencia y la comunicación con la población acerca de los riesgos. Todas esas áreas requerían preparación: no eran cosas que pudiesen implantarse una vez que hubiese comenzado la crisis.

131. Las medidas esenciales que los países debían adoptar eran el establecimiento de un grupo de estudio nacional encargado de la planificación relativa a la pandemia; la preparación de planes de contingencia específicos que abarcaran el personal, el equipo y la organización; decisiones tempranas sobre la estrategia de vacunación, en particular las cantidades que se necesitarían; el mejoramiento de los sistemas de vigilancia para dar la cobertura más amplia al mayor número posible de países; el establecimiento de consenso entre las comunidades médica y científica en cuanto al uso de las vacunas y los antivíricos; las disposiciones para el suministro y las cuestiones logísticas de los medicamentos de todas clases; la confección de un plan de comunicación de los riesgos; y el mejoramiento de la cobertura de vacunación anual entre los grupos de alto riesgo.

132. El Subcomité señaló que las pandemias de gripe incluían la necesidad de estrecha cooperación internacional y regional para la elaboración de sólidas estrategias de prevención y control. El momento de prepararse para la próxima pandemia ya había llegado, y la OPS podría desempeñar una función clave en la facilitación de las actividades regionales de planificación. Hubo acuerdo, como se señalaba en el documento SPP37/9, en que la comunicación eficaz era una estrategia clave en los preparativos y la respuesta a la pandemia. Sin embargo, era preciso dejar clara la función de la OPS en el anuncio de las diferentes fases de una pandemia, como se proponía en el

anexo al documento, y en la facilitación de la comunicación durante una pandemia. La OPS, en colaboración con la OMS, debía participar permanentemente en la coordinación y el apoyo para el adiestramiento y las pruebas de laboratorio, la vigilancia y el estudio de la carga de morbilidad y la repercusión económica de la influenza.

133. La formación de la capacidad local para generar los datos necesarios para la planificación de programas nacionales de vacunación debía considerarse una prioridad. Todos los países necesitaban prestar atención a la escasez inevitable de vacunas y antivíricos en caso de una pandemia. El establecimiento de las metas y prioridades nacionales era el primer paso necesario de los preparativos, y la OPS debía colaborar con los países para evaluar las necesidades regionales de vacunas y antivíricos. Sin embargo, había que analizar más la función de la OPS en la organización de la distribución de vacunas de la manera más equitativa durante una pandemia. Como la capacidad de fabricación de vacunas contra la influenza dentro de la Región era limitada en ese momento, una actividad de gran prioridad sería que la OPS estimulara el interés de los fabricantes regionales y facilitara las conversaciones entre ellos.

134. Debería considerarse la conveniencia de adoptar criterios comunes para la planificación y la respuesta a las emergencias de salud pública, entre ellas las pandemias de gripe y los episodios de bioterrorismo como la propagación intencional de la viruela. Un área en la cual el Subcomité opinó que la OPS podría desempeñar una función crucial era el suministro de información a los medios de comunicación y a los proveedores de atención médica, a fin de conseguir su ayuda para organizar la percepción pública y evitar el pánico. La OPS también podría ser de ayuda en la comunicación regular que debía darse a los niveles nacional y regional sobre la importancia de hacer planes para afrontar las epidemias anuales de gripe en la Región. Los delegados recalcaron la necesidad de ampliar la cobertura de la vacunación anual contra la influenza, especialmente entre los ancianos y otras personas en riesgo. Se destacó igualmente la importancia de la buena vigilancia para determinar con exactitud el número de defunciones atribuibles a dicha virosis.

135. Se señaló que la epidemia de SARS había puesto de manifiesto varios puntos flacos en los preparativos. Uno era el asunto de la evacuación médica de los pacientes. En Asia, en las últimas semanas, algunas empresas se habían negado a transportar a los enfermos de SARS, lo cual había obstaculizado enormemente las tentativas de trasladar a los enfermos a establecimientos con mejores niveles de atención médica. Como se consideraba que era un problema principalmente de percepción y adiestramiento, se sugirió que la OPS debía ayudar a adiestrar a las tripulaciones de los aviones y a las aerolíneas en las técnicas adecuadas de control de infecciones, y tal vez participar en conversaciones acerca de arreglos contractuales que permitieran el transporte mejor y más seguro de enfermos en estado crítico. Otro punto flaco era el transporte de muestras de laboratorio; en muchas partes de Asia se habían tenido grandes dificultades con el

envío de las muestras a los laboratorios de los centros colaboradores de la OMS para que llegaran oportunamente y en buenas condiciones.

136. El Subcomité recaló la importancia del intercambio multilateral e internacional de información sobre las prácticas adecuadas para hacer frente a la influenza y otras pandemias. También se sugirió abordar las cuestiones relativas al financiamiento y apoyo para la compra de vacunas, en particular si estas podrían obtenerse a precios más bajos que los corrientes. Un motivo de preocupación, en caso de producirse una pandemia causada por una cepa nueva, era el tiempo que transcurriría antes de que se contara con una vacuna en los diversos países. Era importante establecer a nivel internacional las medidas preventivas que deberían aplicarse mientras se obtenía la vacuna. También se consideraba esencial examinar ciertos métodos de prueba para normalizar criterios y velar por la fiabilidad de sus resultados.

137. El Dr. Libel agradeció a los delegados sus observaciones y contribuciones, que mejorarían el documento y el punto de vista de la OPS sobre cómo responder a tales amenazas para la salud. Los comentarios en cuanto a la necesidad de adiestramiento y estudios coordinados de la carga de morbilidad eran muy valiosos; definitivamente, se necesitaba más trabajo en esa área. Con respecto a la comunicación y difusión de información, se estaban llevando a cabo por medio de los sitios web de la OPS y la OMS, pero hacía falta mejorar el flujo de información de tal manera que se convirtiera en una comunicación en tiempo real sobre los riesgos con que se enfrentaban los países.

138. Con respecto a la producción y distribución de vacunas, el funcionario aceptó la sugerencia de involucrar a nuevos fabricantes en la Región con miras a tratar de acelerar la producción para acortar el tiempo en que se obtenían los productos biológicos. Agradeció a los delegados las observaciones formuladas acerca de los costos y la necesidad de fondos para emprender actividades a escala nacional y regional. La información de los Estados Unidos en el sentido de que se habían solicitado 100 millones de dólares para hacer frente a la influenza en 2004 era un indicio de la escala de los recursos necesarios. El orador alentó a los países que habían finalizado sus planes para que los pusieran al alcance de otros países a fin de ayudarlos a formular los suyos propios.

139. El transporte de las muestras de laboratorio era un problema constante, que había empeorado después de los sucesos del 11 de septiembre de 2001. A través de la Unidad de Servicios de Laboratorio de la OPS, se había certificado a funcionarios en cada país de la Región, tanto en los laboratorios nacionales de salud pública como en las oficinas de país de la OPS, para despachar muestras biológicas peligrosas. El paso siguiente y más difícil sería contratar un solo transportista que se encargara de llevar esas muestras, en lugar de tener que negociar cada vez con distintas empresas.

140. Con respecto a las políticas sobre la vacunación, el mejor momento del año para vacunar dependía básicamente de cuándo se tenían las vacunas. Para los países tropicales y subtropicales, no había ningún mes en particular que fuese preferible, pues la influenza estaba presente a lo largo del año. Un paso previo necesario para la compra centralizada de vacunas era que los países ya hubiesen establecido programas ordinarios de vacunación. La demanda garantizada resultante haría más fácil que los fabricantes aceptaran firmar contratos y reducir los precios. Había habido dificultades para cultivar el virus en huevos embrionados, pero varios fabricantes ya estaban cambiando sus métodos de producción y preparándose para obtener el virus a partir de cultivos celulares., lo cual acortaría el tiempo de producción. El nuevo método aún estaba en fase experimental, pero se pondría a punto en los siguientes dos o tres años.

141. A petición de la Directora, el Dr. Libel ofreció una breve puesta al día de la situación de las infecciones causadas por otros dos virus: el SARS y la infección por el virus del Nilo Occidental. Con respecto al SARS, 13 países en tres continentes habían notificado casos, para un total de 487 casos y 17 defunciones. Sin embargo, sólo en unos pocos países se había confirmado la transmisión local, a saber: Canadá, Hong Kong, Singapur, Taiwán y Estados Unidos, y la transmisión había sido a trabajadores de salud o familiares cercanos. En otras palabras, al parecer el virus que causaba el SARS no se propagaba ampliamente en la comunidad. Las personas que presentaran fiebre y síntomas respiratorios como tos o dificultad para respirar sólo debían considerarse posibles casos de SARS si habían estado en contacto con un enfermo o habían viajado a los países afectados.

142. Los antibióticos no habían sido eficaces en el tratamiento, mientras que los antivíricos parecían haber dado mejores resultados. La necesidad principal se había registrado en la esfera de los cuidados respiratorios intensivos, pues muchos pacientes necesitaban respiración asistida. El asunto del control de infecciones en los hospitales había revestido gran importancia.

143. Desde el punto de vista de la orientación a los viajeros, la OMS no estaba recomendando en ese momento ninguna restricción de los viajes a los países afectados. Sin embargo, también había aconsejado facilitar información o adiestramiento a los tripulantes de los aviones de pasajeros para que se pudiera detectar a los pacientes potencialmente infectados en el momento de entrar en las aeronaves. Se estaban notificando a la OPS los casos ocurridos en la Región, sobre la base de las definiciones establecidas que se habían distribuido a todos los Estados Miembros.

144. Los casos de infección por el virus del Nilo Occidental en Estados Unidos habían aumentado de algunos centenares en 2001 a cerca de 4.100 en 2002. Actualmente, la enfermedad se ha notificado en 44 estados de ese país. Las aves migratorias seguían siendo el vector más importante, junto con los mosquitos. La OPS ya había llevado a cabo el adiestramiento de personal de laboratorios veterinarios y entomólogos para el

diagnóstico y la vigilancia de este virus. Esos trabajadores se habían seleccionado de los países que tenían laboratorios capaces de estudiar este tipo de virus y de llevar a cabo la vigilancia *in situ* de las aves muertas. Para mayo de 2003 se tenía previsto otro curso de adiestramiento, destinado en particular a Centroamérica y México. En otros lugares de la Región, había habido un caso aislado en las Islas Caimán en 2001 y un caso importado en México, y el virus se había encontrado en aves en la República Dominicana. El trabajo con las infecciones por el virus del Nilo Occidental y el del SARS había incluido cuestiones importantes de bioseguridad.

145. También a petición de la Directora, el Dr. Stephen Corber (Gerente de Área, Prevención y Control de Enfermedades) intervino para puntualizar que la experiencia con el SARS había demostrado la importancia de tener un plan para controlar el brote justo en la fuente. El éxito casi completo que habían logrado Hong Kong, Singapur y Viet Nam en la contención del brote dentro de sus fronteras venía a facilitar el trabajo de todos los demás países. Volviendo a recalcar la importancia de la comunicación, el funcionario dijo que si bien los planes y el adiestramiento en aspectos específicos eran importantes, también resultaba esencial poner a prueba el plan en su totalidad por medio de simulacros. Tales ejercicios revelaban las áreas donde se necesitaba trabajo adicional, y a menudo una de ellas era la comunicación. El brote de SARS se podría considerar una especie de simulacro de una pandemia de influenza. En ese caso, la comunicación había demostrado su valía. Tanto la transmisión de información por parte de la OMS como la notificación por los países de los casos presuntos a la OMS habían sido decisivas en los esfuerzos para contener la enfermedad. Las teleconferencias diarias entre los países y la OMS habían probado aún más el valor de la comunicación. Además, 11 laboratorios en 10 países estaban examinando en colaboración las muestras obtenidas de los pacientes, cosa que exigía muchísima comunicación y coordinación.

146. El Dr. Corber también señaló que lo que hacía a la influenza fundamentalmente diferente de otras enfermedades era un período de incubación tan corto y que el virus se transmitiera por el aire; como consecuencia, las pandemias podían ocurrir muy rápidamente y matar a millones de personas. Los componentes básicos de la respuesta antipandémica eran la detección de nuevas formas del virus y la implantación de planes de tratamiento. Los países tendían a adiestrar a las personas en aspectos específicos, como la manera de detectar un virus o cómo mejorar la notificación, pero era preciso tener el panorama del plan en su totalidad.

147. La Directora dijo que el debate y las observaciones de los Miembros del Subcomité habían indicado que se consideraba aconsejable que la OPS siguiera ahondando en el área más haya de lo hecho hasta el momento. Estuvo de acuerdo con la sugerencia de que, para establecer los comités y los planes nacionales, la OPS debía proponerse que los países se unieran para intercambiar experiencias e ideas. También comprendía el deseo de los Miembros de que tales planes y comités se establecieran

como parte de los mecanismos existentes para hacer frente a las emergencias y los desastres, para la vigilancia epidemiológica y para el control de las prácticas de vacunación, en lugar de crear mecanismos nuevos. Por lo tanto, el mensaje a la OPS era claramente que los recursos tenían que combinarse, no dividirse, especialmente en vista de la escasez que se vivía en ese momento.

148. Si los recursos no se usaban con sensatez, la OPS no cumpliría el doble mandato sugerido por el Subcomité en el sentido de brindar apoyo a escala local, por un lado, y responder a las necesidades de intercambio internacional de la información, por otro lado. Por tal motivo, era mucho más importante aunar esfuerzos en el plano nacional y unificar los esfuerzos de todos los países para beneficio de todos. Algunos países tenían mecanismos específicos, en particular desde el 11 de septiembre de 2001, ideados para afrontar el bioterrorismo, los cuales también debían compartirse. De esa manera, la OPS podría ayudar a los ministerios que ya estuvieran trabajando en un enfoque intersectorial que incluyera, por ejemplo, los mecanismos de la defensa, policía nacional, seguridad interna, educación y otros sectores.

149. El punto fundamental era que los países debían organizar sus comités nacionales para tratar de combinar y unificar los mecanismos existentes en lugar de crear nuevas estructuras, lo cual no sería sostenible con los recursos corrientes. Otro aspecto principal era el de los planes, y la posibilidad de incorporar en ellos los simulacros. Los planes deberían compartirse y estar al alcance del nivel más local, sobre todo en los países grandes y que estaban llevando a cabo la descentralización.

150. La Directora observó que era imprescindible tener una estrategia de comunicaciones, tanto internas como externas. Tenía que haber una estrategia para la comunicación entre los países y dentro de estos. La información tenía que llegar a los trabajadores de salud en las zonas bajo su responsabilidad, y también al público.

151. Algunos aspectos del trabajo necesario podrían hacerse por conducto de la Red de Vigilancia de Enfermedades Emergentes del Cono Sur, que ya tenía cinco años de existencia. Además, era evidente la necesidad de que la OPS negociara con algunos actores fuera del sector de la salud, como las compañías aéreas involucradas en el transporte de muestras de laboratorio o pacientes.

152. La funcionaria mencionó la necesidad de dar apoyo específico a los países de Centroamérica y el Caribe, no solo porque en esa zona los brotes de influenza no eran estacionales, sino en particular debido a su tamaño y porque eran destinos turísticos muy visitados, por lo cual estaban recibiendo constantemente personas de todo el mundo. Las redes de laboratorios en esos países necesitaban apoyo, en particular ayuda para la definición de las políticas nacionales de vacunación.

153. En vista de la insuficiencia de los recursos para atender todas las necesidades de los preparativos contra la pandemia de gripe en la Región, la Directora dijo que estaría muy interesada en explorar con gobiernos del hemisferio norte las posibilidades de movilizar algunos recursos adicionales, en el marco del espíritu del panamericanismo y en reconocimiento a que las pandemias no respetaban las fronteras nacionales. Se necesitaba organizar reuniones con entidades del sector privado, en particular las aerolíneas, quizás bajo los auspicios de la Organización de Aviación Civil Internacional (OACI) o la Asociación del Transporte Aéreo Internacional (IATA), y la OPS agradecería cualquier apoyo de los países, tanto político como material, para lograr este cometido. Tales reuniones brindarían la oportunidad de analizar los obstáculos que era preciso superar conjuntamente para facilitar el transporte de muestras biológicas. Se imponía igualmente un diálogo similar sobre el tema del transporte de los pacientes, con la intención de formular normas y recomendaciones en cada país.

154. El debate sobre este punto había sido sumamente instructivo, y la OPS se empeñaría en llevar a cabo todas las funciones de cooperación técnica que los Estados Miembros le habían señalado. La Directora esperaba que los países podrían contribuir con algunos recursos adicionales para tal efecto.

Grupo étnico y salud (documento SPP7/10)

155. La Dra. Cristina Torres (Jefa interina, Unidad de Políticas y Gobernanza, OPS) explicó que este tema había surgido a partir del Plan Estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana para 2003-2007, que declaraba, entre otras cosas: "Si el propósito es reducir las inequidades durante todo el ciclo de vida, la Oficina deberá trabajar con los países para determinar cuáles son los grupos que presentan desigualdades en los resultados de salud o en el acceso a los servicios, y cuyas necesidades pueden satisfacerse con intervenciones accesibles y eficaces en función de los costos". En 2001, se agregó al anterior otro mandato surgido de la Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia, cuyo documento final había alentado a la "OMS y otras organizaciones internacionales pertinentes a promover y desarrollar actividades para el reconocimiento de los efectos del racismo, la discriminación racial, la xenofobia y las formas conexas de intolerancia como importantes factores sociales determinantes del estado de salud físico y mental". Además, la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas había exhortado a fortalecer el respeto por los derechos humanos, incluidos los derechos de las minorías, y a adoptar medidas contra los actos de racismo y xenofobia.

156. Había consenso en la comunidad científica con respecto a que las diferencias entre los seres humanos no tenían bases biológicas ni genéticas sino, por el contrario, eran el resultado de factores sociales, políticos y culturales. Después de ampliar las definiciones de algunos conceptos usados en el documento, la Dra. Torres dijo que la realidad demográfica de la Región de las Américas era compleja, pues incluía grupos de

orígenes muy diferentes que alcanzaban una magnitud variable y representaban diferentes porcentajes de la población total de los países. Casi todos los países de la Región tenían grupos de pueblos indígenas y afrodescendientes que constituían "minorías" no solo debido a su tamaño relativo, sino también por su alto grado de vulnerabilidad y exclusión social. Según cifras de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 43% de la población de la Región en su totalidad vivía por debajo del umbral de la pobreza, y todos los estudios indicaban que las minorías étnicas estaban sobrerrepresentadas entre los pobres. También era digno de mención que el ingreso promedio de las minorías en Estados Unidos era inferior al de la población blanca, lo cual revelaba que la disparidad no se limitaba a los países en desarrollo.

157. Pasando a la cuestión específica de la salud, la funcionaria dijo que los estudios basados en mediciones tradicionales, como la mortalidad infantil, revelaban que los miembros de las minorías étnicas mostraban sistemáticamente resultados deficientes. Podía demostrarse que ello se relacionaba con el grado de exclusión social que padecían: por ejemplo, un estudio del Brasil había demostrado que los hijos de mujeres de ascendencia africana con ocho o más años de escolaridad tenían la misma tasa de mortalidad que los niños de mujeres blancas sin ninguna escolaridad. De igual manera, en 1950, la esperanza de vida de los adultos brasileños de ascendencia africana había sido siete años menor que la de los brasileños blancos; en 1990, la esperanza de vida de ambos grupos había aumentado, pero persistía la disparidad de siete años. El grado en que las personas utilizaban los servicios de salud y cuán pronto lo hacían después del inicio de un problema médico también variaba en forma neta según el origen étnico.

158. Al tratar de determinar las características de los programas que tenían posibilidades de reducir con éxito tales inequidades, la OPS había encontrado varios elementos comunes. El primero era que las medidas adoptadas debían basarse en información actualizada y fidedigna. El segundo era que necesitaban incluir un alto grado de participación social. Otro factor importante era que tales programas debían basarse en las alianzas establecidas entre diferentes actores.

159. La información estadística y censal exacta tenía una importancia vital. Trece países de la Región habían incluido la variable de grupo étnico en el censo nacional de 2000 (además de cuatro países que lo habían hecho con anterioridad), aunque quedaba trabajo por hacer para incorporar la variable de grupo étnico en las estadísticas sanitarias y en los sistemas de información sanitaria. Algunos países ya habían logrado adelantos, por ejemplo, en el desglose de las estadísticas de mortalidad por grupo étnico. Tales cambios supondrían la necesidad de adiestramiento del personal que manejaba las estadísticas y la información. Trece países estaban poniendo en práctica programas especiales de salud que se dirigían a las minorías étnicas. En la Región, las áreas clave para reducir las inequidades de salud vinculadas con la pertenencia a un grupo étnico eran la elaboración de indicadores sensibles a dicha característica para vigilar el progreso en la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio; la introducción de la variable

“grupo étnico” en las estadísticas nacionales; la recopilación y el intercambio de experiencias fructíferas con respecto a la información y la organización de los servicios; la reformulación de las políticas, planes y programas sanitarios para hacerlos más sensibles al aspecto étnico; y la introducción de una perspectiva étnica en los planes de salud que se formulaban como parte de las estrategias de reducción de la pobreza. Además, era muy importante desarrollar la sensibilidad étnica en los programas de salud, en particular los relacionados con la prevención de la infección por el VIH/SIDA y con la reducción de determinadas enfermedades en ciertos grupos étnicos.

160. El Subcomité opinó que el documento era una contribución valiosa a la comprensión general de la situación sanitaria de los indígenas y las personas de ascendencia africana. Varios delegados describieron iniciativas y proyectos que se estaban realizando en sus propios países para atender a las necesidades de salud de las minorías étnicas. El Subcomité señaló que los datos podrían ser una herramienta poderosa para la formulación de políticas y programas para atender las necesidades especiales de los grupos étnicos. En efecto, la falta de información exacta era en sí misma una barrera al acceso equitativo. La OPS podría desempeñar una función principal en el mejoramiento de la generación y la calidad de los datos. Muchos países no desglosaban sistemáticamente los datos por grupo étnico, que era el primer paso que debía darse. El reto era crear herramientas y métodos que permitieran entender mejor la dinámica de la diversidad étnica y cómo afectaba al acceso a los servicios sanitarios y sociales.

161. Sin embargo, el Subcomité señaló que ni en el documento ni en la ponencia se había mencionado la necesidad de que los datos y la información llegasen también a las poblaciones afectadas, lo cual les permitiría participar activamente en el diseño y la ejecución de las soluciones que podrían ayudar a mejorar su estado y resultados de salud, en lugar de ser simplemente los beneficiarios pasivos. Con respecto a la inclusión de la variable “grupo étnico” en las estadísticas y los censos, la OPS podría desempeñar una función importante en la difusión de las prácticas más adecuadas. Era preciso incluir a los propios grupos étnicos en la preparación de indicadores y análisis, así como equilibrar la necesidad de mejorar la información desglosada por grupo étnico, por un lado, con el derecho de las personas a que se respete su vida privada, por el otro lado.

162. El Subcomité también señaló que el vínculo entre el grupo étnico y la salud era complicado y que la acción recíproca entre elementos raciales y étnicos, factores socioeconómicos y niveles educativos no se entendía del todo o no se había investigado bien. En consecuencia, era imprescindible que todos los países trabajaran en forma individual y conjunta en esa área. Había otros subgrupos con necesidades especiales, como los inmigrantes, los refugiados y las personas desplazadas debido a la violencia o la situación económica. Tales grupos podían trascender las líneas raciales y presentar problemas insospechados desde fuera, por lo cual la situación se volvía aún más compleja. El asunto no era sencillamente saber si un grupo era una minoría en cuanto al

tamaño, sino determinar si se lo marginaba debido a su carácter minoritario. También se señaló que otro motivo de la exclusión social de ciertos grupos quizá fuese sencillamente la ubicación geográfica, por ejemplo, si vivían en zonas remotas o montañosas.

163. Si bien los delegados expresaron su acuerdo general con las cinco áreas clave para la acción seleccionadas por la OPS, algunos sugirieron que la atención debía centrarse en los dos primeros, que exigirían inversiones considerables de recursos humanos y financieros, así como un criterio estratégico. El Subcomité señaló que la descripción de los programas y actividades de la OPS presentada en el documento carecía de una evaluación de las repercusiones. Se sugirió incorporar resultados cuantificables en las iniciativas actuales y futuras de la OPS.

164. Varios delegados mencionaron que sus países, como la OPS, por años se habían centrado específicamente en los grupos indígenas, e instaron a no cejar en esa atención especial. Desistir del empeño sería perjudicial para el estado de salud de los pueblos indígenas, que, como se indicaba en el documento, se encontraban entre los grupos más pobres y desfavorecidos en las Américas. A este respecto, se propuso que, como el año próximo marcaba el final del Decenio Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo, había que producir documentación para demostrar los progresos logrados en años recientes por la OPS en cuanto a la mejora del estado de salud de los pueblos indígenas. En esa documentación también podrían señalarse los problemas y formularse recomendaciones para el próximo paso a seguir en tan importante cometido.

165. Se sugirió que la OPS debería colaborar con otras organizaciones afines, como la CEPAL, en sus esfuerzos para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con el tema del grupo étnico. Competía a la OPS participar en el intercambio de experiencias fructíferas, pues los países necesitaban saber lo que había tenido éxito en otros sitios antes de ponerse a formular sus políticas y planes. Además, la OPS debía proporcionar asistencia técnica basada en esas experiencias. La información debía compartirse con otros sectores dentro de los países, en particular los involucrados en las estrategias de reducción de la pobreza.

166. La Dra. Torres agradeció a los delegados sus observaciones y los informes de adelantos recientes importantes, que debían compartirse y difundirse en toda la Región. Se habían hecho sugerencias valiosas que ayudarían a la Oficina a priorizar su trabajo. Señaló la funcionaria que todos los participantes habían estado de acuerdo en que ese trabajo debería concentrarse en la confección de indicadores para cumplir el mandato de la Cumbre del Milenio. Dichos indicadores también serían útiles para evaluar la ejecución del Plan Estratégico de la Oficina para 2003–2007 y, en consecuencia, esta última se proponía crear instrumentos que también serían útiles para los países.

167. Con relación a la necesidad de fortalecer los sistemas de estadísticas sanitarias mediante la incorporación de la variable “grupo étnico”, la oradora dijo que ya se habían

emprendido actividades en el contexto de la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas, incluida una reunión de funcionarios de las oficinas del censo e institutos estadísticos junto con funcionarios que tienen a su cargo los sistemas de información en los ministerios de salud. La reunión había servido para intercambiar información y también había abierto el camino para llevar a cabo otras actividades, en particular, tratar de armonizar tanto las preguntas estadísticas como los criterios para formularlas. Se había señalado que el ámbito de la salud tenía algunas características específicas que no se encontraban en otras áreas donde se había intentado el desglose de la información por grupo étnico. Por ejemplo, no parecía apropiado recoger dicha información en los certificados de nacimiento o de defunción, pues se había recomendado que los propios entrevistados definieran el grupo étnico al que consideraban pertenecer. Otra sugerencia excelente había sido la de abordar el tema de las inequidades sanitarias en relación con las personas desplazadas, los emigrantes y otros grupos semejantes, y eso era algo que se consideraría en el contexto de la Región. Según se había señalado, no todos los grupos desplazados eran grupos étnicos. También se había mencionado que debían promoverse modelos interculturales para interactuar con los pueblos indígenas. Algunos países de la Región ya estaban aplicando ese criterio, y a la OPS le parecía que dicha línea de trabajo debía seguirse y ampliarse a otros países y grupos étnicos.

168. En respuesta a la pregunta de si era posible ampliar la perspectiva sin perder la concentración en los pueblos indígenas que se había venido aplicando durante casi un decenio, la funcionaria dijo que la OPS opinaba que un enfoque más amplio beneficiaría en último término a los pueblos indígenas. El trabajo de la Oficina siempre había incluido la cooperación estrecha entre las unidades responsables de diferentes aspectos de la salud, y la reorganización actualmente en marcha mejoraría ese modo de proceder, contribuyendo así a la integración de algunos asuntos que debían ser tratados de manera transversal. El grupo étnico era uno de esos asuntos, al igual que la equidad de género.

169. La Directora dijo que el debate había agregado una dimensión a un tema, el de la equidad, en el cual la OPS había venido haciendo gran hincapié en años recientes. Opinó que las observaciones de los Miembros del Subcomité indicaban a la OPS que un aspecto primordial del trabajo en este campo debía ser la gestión de la información, y el mejoramiento de los sistemas de información desglosada por grupo étnico. Ese era un tema en el cual la OPS ya estaba trabajando y que tendría como base la experiencia acumulada.

170. Quizás sería beneficioso que el personal preocupado por el grupo étnico y la salud aunara esfuerzos con quienes trabajaban en el área de la equidad de género, al objeto de producir estadísticas más refinadas, desglosadas por sexo y por raza o grupo étnico. Además, lo hecho en el pasado había enseñado la importancia del enfoque basado en el análisis de género, pues permitía reconocer aún más el valor de la diversidad y mostraba que las respuestas y las políticas no debían homogeneizarse sino, más bien, ser sensibles

a la diversidad. Además, ese trabajo había permitido evitar que se perpetuaran las inequidades, cosa que a veces sucedía cuando las políticas se formulaban sin una perspectiva de género.

171. La funcionaria señaló que había tomado nota de los comentarios acerca de los grupos minoritarios que no podían definirse por la variable de género ni la de grupo étnico. La OPS estaba trabajando con algunos de esos grupos, incluidos los niños callejeros. Ese trabajo era muy importante a la luz del mandato de los Estados Miembros en el sentido de que el trabajo de la OPS debía centrarse en lo sucesivo en dos aspectos principales complementarios: 1) lograr la inclusión social y el acceso universal a los servicios de salud, y 2) determinar, atendiendo a los retos planteados por los Objetivos de Desarrollo del Milenio, cuáles grupos realmente estaban siendo marginados o se estaban quedando rezagados. Sin duda, algunos grupos raciales se habían quedado tan gravemente rezagados que estaban al borde de la extinción. Esos grupos deberían considerarse prioridades absolutas; de lo contrario, para ellos, los Objetivos de Desarrollo del Milenio carecerían totalmente de sentido.

Clausura de la sesión

172. La Directora expresó su agradecimiento al Presidente por la eficacia con que había dirigido la sesión y agradeció al Subcomité su valiosa orientación sobre la labor de la Oficina.

173. El Presidente agradeció a los delegados su contribución a las deliberaciones del Subcomité, y declaró clausurada la 37.^a sesión.

Anexos

ORDEN DEL DÍA

1. Apertura de la sesión
2. Elección para la Presidencia, la Vicepresidencia y la Relatoría
3. Adopción del orden del día y del programa de reuniones
4. Orientaciones de política para la Organización Panamericana de la Salud y reorganización de la Oficina Sanitaria Panamericana para la ejecución del Plan Estratégico 2003-2007
5. Proyecto de presupuesto por programas de la Organización Panamericana de la Salud para el ejercicio financiero 2004-2005
6. Globalización y salud
7. Familia y salud
8. Monitoreo de la reducción de la morbilidad y la mortalidad maternas
9. Obesidad, alimentación y actividad física
10. Pandemia de influenza: preparativos en el continente americano
11. Grupo étnico y salud
12. Otros asuntos
13. Clausura de la sesión

LISTA DE DOCUMENTOS

SPP37/1, Rev. 2 SPP37/WP/1	Adopción del orden del día y del programa de reuniones
SPP37/3 y Add.I	Orientaciones de política para la Organización Panamericana de la Salud y reorganización de la Oficina Sanitaria Panamericana para la ejecución del Plan Estratégico 2003-2007
SPP37/4, Rev. 1	Proyecto de presupuesto por programas de la Organización Panamericana de la Salud para el ejercicio financiero 2004-2005
SPP37/5	Globalización y salud
SPP37/6	Familia y salud
SPP37/7	Monitoreo de la reducción de la morbilidad y la mortalidad maternas
SPP37/8	Obesidad, alimentación y actividad física
SPP37/9	Pandemia de influenza: preparativos en el continente americano
SPP37/10	Grupo étnico y salud

**LIST OF PARTICIPANTS
LISTA DE PARTICIPANTES**

**Members of the Subcommittee
Miembros del Subcomité**

***Canada
Canadá***

Mr. Martin Méthot
Director, International Health Division
International Affairs Directorate
Health Canada
Ottawa

Mr. David Strawczynski
Program Officer
International Affairs Directorate
Health Canada
Ottawa

Ms. Patricia Hoes
Senior Advisor
International Affairs Directorate
Health Canada
Ottawa

Cuba

Dr. Víctor Ariosa Abreu
Departamento de Organismos Internacionales
Ministerio de Salud Pública
La Habana

Sra. Marisabel de Miguel Fernández
Segunda Secretaria
Sección de Intereses de Cuba
Washington, D.C.

Members of the Subcommittee (cont.)
Miembros del Subcomité (cont.)

Dominique
Dominica

Hon. Herbert Sabaroche
Minister of Health and Social Security
Ministry of Health and Social Security
Roseau

El Salvador

Dr. José Francisco López Beltrán
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
San Salvador

Dr. Carlos Alfredo Rosales
Director Nacional de Planificación
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
San Salvador

Honduras

Dra. Fanny Mejía
Vice Ministra de Salud
Secretaría de Estado en el Despacho de Salud
Tegucigalpa

Peru
Perú

Dr. Luis Quiroz Avilés
Director General
Salud de las Personas
Ministerio de Salud
Lima

Members of the Subcommittee (cont.)
Miembros del Subcomité (cont.)

Peru (cont.)

Perú (cont.)

Dr. Juan Ortiz Fernández
Director de Salud, Mujer, Niño y Adolescente
Salud de las Personas
Ministerio de Salud
Lima

United States of America
Estados Unidos de América

Dr. Stuart Nightingale
Chief Medical Officer
Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation
Senior Medical Adviser to the Deputy Assistant Secretary for
International and Refugee Health
Department of Health and Human Services
Rockville, MD

Ms. Carol J. Dabbs
Chief, Maternal and Child Health Division
Agency for International Development
Washington, D.C.

Mr. William Steiger
Director, Office of Global Health Affairs
Department of Health and Human Services
Rockville, Maryland

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

Members of the Subcommittee (cont.)
Miembros del Subcomité (cont.)

United States of America (cont.)
Estados Unidos de América (cont.)

Ms. Mary Lou Valdez
Associate Director for Multilateral Affairs
Office of Global Affairs
Department of Health and Human Services
Rockville, Maryland

Ms. Ginny Gidi
International Health Officer for the Americas
Office of Global Health Affairs
Department of Health and Human Services
Rockville, Maryland

Mr. David Piet
Population, Health, and Nutrition Team Leader
Office for Regional Sustainable Development
Bureau for Latin America and the Caribbean
Agency for International Development
Washington, D.C.

Ms. Ann S. Blackwood
Director of Health Programs
Office of Technical & Specialized Agencies
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

Ms. Jane Cowley
Foreign Affairs Officer
Office of Technical & Specialized Agencies
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

Members of the Subcommittee (cont.)
Miembros del Subcomité (cont.)

Uruguay

Dr. Diego Estol
Director General de la Salud
Ministerio de Salud Pública
Montevideo

Observer Member States
Estados Miembros Observadores

Argentina

Sra. Silvia Merega
Ministro
Representante Permanente Alterno de la República Argentina
ante la Organización de Estados Americanos
Washington, D.C.

Bolivia

Dr. Víctor J. A. Calderón C.
Director de Cooperación Externa
y Relaciones Internacionales
Ministerio de Salud y Previsión Social
La Paz

France
Francia

Pr Jacques Drucker
Conseiller pour les Affaires Santé
Auprès de l'Ambassade de France
Washington, D.C.

Observer Member States (cont.)
Estados Miembros Observadores (cont.)

Guatemala

Dr. Israel Lemus Bojorquez
Director General del Sistema Integral de Salud
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Ciudad de Guatemala

Mexico
México

Dr. Víctor Arriaga
Director General
Dirección General de Relaciones Internacionales
Secretaría de Salud
México, D.F.

Lic. Manuel Herrera-Rábago
Representante Alterno de México
ante la Organización de Estados Americanos
Washington, D.C.

Panama
Panamá

Sra. Noris Vásquez Alderson
Consejera
Misión Permanente de Panamá
ante la Organización de Estados Americanos
Washington, D.C.

Panel on Globalization and Health
Panel sobre Globalización y Salud

Dr. Ilona Kickbusch
Division of Global Health
Yale University
New Haven, Connecticut

Prof. David Warner
Lyndon B. Johnson School of Public Affairs
University of Texas
Austin, Texas

Dr. Maitreyi Das
Human Development Network
World Bank
Washington, D.C.

Dr. Nick Drager
Strategy Unit
Director-General's Office
World Health Organization
Geneva, Switzerland

**Pan American Health Organization
Organización Panamericana de la Salud**

***Director and Secretary ex officio of the Subcommittee
Directora y Secretaria ex officio del Subcomité***

Dr. Mirta Roses Periago
Director
Directora

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

Dr. David Brandling-Bennett
Deputy Director/Director Adjunto
Assistant Director a.i./Subdirector a.i.

Mr. Eric J. Boswell
Director of Administration
Director de Administración

Dr. Daniel López Acuña
Director of Program Management
Director de Gestión de Programas

***Technical Secretary
Secretaria Técnica***

Dr. Karen Sealey
Area Manager
Planning, Program Budget and Project Support
Gerente de Área
Planificación, Presupuesto por Programas y
Apoyo a Proyectos