

*comité ejecutivo del
consejo directivo*



**ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD**

*grupo de trabajo del
comité regional*

**ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD**



109a Reunión
Washington, D.C.
Junio 1992

Tema 3.1 del programa provisional

CE109/5, Corrig. (Esp.)
8 junio 1992
ESPAÑOL ÚNICAMENTE

INFORME DEL SUBCOMITE DE PLANIFICACION Y PROGRAMACION

Corrigendum

En la página 5 del Informe Final de la 18a Reunión del Subcomité de Planificación y Programación, anexo al Documento CE109/5, debe añadirse la siguiente línea al final de la página:

"... esfuerzos y promoviera este mecanismo a nivel internacional, se constituyó un equipo..."

*comité ejecutivo del
consejo directivo*



**ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD**

*grupo de trabajo del
comité regional*

**ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD**



109a Reunión
Washington, D.C.
Junio 1992

Tema 3.1 del programa provisional

CE109/5 (Esp.)
13 mayo 1992
ORIGINAL: INGLES

INFORME DEL SUBCOMITE DE PLANIFICACION Y PROGRAMACION

El Subcomité de Planificación y Programación celebró dos reuniones durante el período transcurrido desde la última reunión del Comité Ejecutivo, la primera del 2 al 4 de diciembre de 1991 y la segunda del 8 al 9 de abril de 1992.

Los siguientes miembros elegidos por el Comité Ejecutivo estuvieron presentes en cada una de estas reuniones: Barbados, Brasil, Cuba y los Estados Unidos de América. A invitación del Director, también participaron en la reunión de diciembre Argentina, Canadá y Colombia, y en la reunión de abril Argentina, Canadá y México.

El Subcomité consideró los siguientes asuntos durante esas reuniones:

- Democracia y salud
- Información pública y comunicación para la salud
- Análisis de la cooperación técnica de la OPS/OMS en Colombia
- Salud y turismo
- Anteproyecto de presupuesto por programas de la Organización Mundial de la Salud para la Región de las Américas para el bienio 1994-1995
- Salud de los pueblos indígenas
- Conversión de deuda para la salud
- Plan regional de inversiones en salud y ambiente
- Evaluación en la Organización Panamericana de la Salud

Se anexan los respectivos Informes Finales de las dos reuniones del Subcomité.

Anexos



ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD



COMITE EJECUTIVO DEL CONSEJO DIRECTIVO

SUBCOMITE DE PLANIFICACION Y PROGRAMACION

Decimoséptima Reunión
Washington, D.C. 2-4 de diciembre de 1991

SPP17/FR (Esp.)
4 diciembre 1991
ORIGINAL: ESPAÑOL-INGLES

I N F O R M E F I N A L

INFORME FINAL

La Decimoséptima Reunión del Subcomité de Planificación y Programación del Comité Ejecutivo tuvo lugar en la Sede de la Organización Panamericana de la Salud, en Washington, D.C., del 2 al 4 de diciembre de 1991.

Los siguientes miembros elegidos por el Comité Ejecutivo estuvieron presentes: Barbados, Brasil, Cuba y Estados Unidos de América. Participaron, asimismo, a invitación del Director de la Oficina, en consulta con el Presidente del Comité Ejecutivo, representantes de Argentina, Canadá y Colombia.

APERTURA DE LA REUNION

El Dr. Carlyle Guerra de Macedo, Director de la OSP, abrió la reunión dando la bienvenida a los representantes.

MESA DIRECTIVA

La Mesa Directiva quedó integrada de la forma siguiente:

<u>Presidente:</u>	Sr. Branford M. Taitt	Barbados
<u>Vicepresidente:</u>	Sr. Neil A. Boyer	Estados Unidos de América
<u>Relator:</u>	Dr. Ramón Prado Peraza	Cuba
<u>Secretario ex officio:</u>	Dr. Carlyle Guerra de Macedo	Director, OSP
<u>Secretario Técnico:</u>	Sr. Mark Schneider	Jefe, a.i., DAP/OSP

PROGRAMA DE TEMAS

De acuerdo con lo establecido en el Artículo 10 del Reglamento Interno, el Subcomité adoptó el siguiente programa de temas:

1. Apertura de la Reunión
2. Elección del Presidente, Vicepresidente y Relator
3. Adopción del programa de temas
4. Democracia y salud

5. Información pública y comunicación para la salud
6. Análisis de la cooperación técnica de la OPS/OMS en Colombia
7. Análisis del Programa Regional de Salud Ambiental (HPE)
8. Salud y turismo
9. Otros asuntos

PONENCIAS Y CONCLUSIONES

A continuación se presenta un resumen de las discusiones y conclusiones sobre cada uno de los temas:

Tema 4: Democracia y salud

La presentación del tema, que estuvo a cargo del Dr. César Vieira del Programa de Desarrollo de Políticas de Salud, enfatizó los antecedentes socioeconómicos y políticos del proyecto Democracia y Salud, así como los fundamentos para su puesta en marcha, dados por las Orientaciones Estratégicas y Prioridades Programáticas para la OPS/OMS durante el Cuadrienio 1991-1994. Se destacó el lanzamiento del proyecto a través de cuatro reuniones subregionales de parlamentarios, que se han realizado durante 1990 en Tegucigalpa, Caracas, Kingston y Santiago/Valparaíso, con la colaboración de la Organización de Estados Americanos. En 1991, se han celebrado acuerdos de cooperación técnica en salud con 20 parlamentos, además del establecimiento de vínculos de cooperación con organizaciones parlamentarias regionales y subregionales. Para el futuro inmediato se prevé la celebración de acuerdos con los demás parlamentos y el fortalecimiento de la cooperación subregional y regional, en torno de agendas parlamentarias en salud. Finalmente, se mencionaron algunos ejemplos que sustentan que el proyecto está encontrando una buena receptividad en los países, no sólo de parte de los parlamentos sino también de las autoridades de salud.

Discusión

La importancia y trascendencia del tema suscitó un pormenorizado debate. Lo más resaltante del mismo fue el hecho de que todos los miembros del Subcomité reconocieron que, si bien el Ministerio de Salud tiene la responsabilidad principal de ejercer el liderazgo en el sector salud, la responsabilidad del fomento de la salud atañe a todos los entes del Estado, incluyendo al poder legislativo. Por lo tanto, la iniciativa destinada a favorecer un mayor entendimiento, información y apoyo para el sector salud es considerada como muy positiva.

Se dejó constancia, por otra parte, de que la redacción del documento de trabajo hacía surgir algunas dudas de cómo procedería la Oficina al entrar en contacto o establecer relaciones con el poder legislativo de cada país ya que la OPS debe tener mucho cuidado en proceder según la forma establecida y evitar cualquier susceptibilidad por parte del poder

ejecutivo. Al respecto se sugirió que la Organización estableciera parámetros muy explícitos para sí misma, reconociendo que la línea de comunicación con el país es a través del poder ejecutivo. También se destacó la necesidad de establecer prioridades y de limitar los costos.

El Director dejó claro que la Oficina seguirá colaborando, como lo ha hecho siempre, directamente con el poder ejecutivo, y que éste último ha sido y seguirá siendo consultado antes de iniciar actividades con el poder legislativo de cada país. También quedó aclarado que, además de fomentar un mayor reconocimiento de la salud en el proceso general de desarrollo en cada país, uno de los objetivos principales del programa es instar a los parlamentos a que colaboren más estrechamente con el Ministerio en favor de la causa de la salud.

Uno de los miembros del Subcomité hizo notar que la iniciativa no había sido considerada todavía por los Cuerpos Directivos y que los fondos para llevarla a cabo tampoco habían sido asignados específicamente por ellos para ese propósito. Se manifestó preocupación por la fuente de financiamiento para el programa y por sus posibles repercusiones en los fondos asignados a los ministerios de salud. El Director mencionó el financiamiento especial limitado por intermedio del Programa de Desarrollo del Director Regional.

La Secretaría informó que, a nivel nacional, el programa quedaría incluido solo en el APB del país que lo solicitase y que le correspondería a las autoridades de salud en su diálogo con la Oficina del PWR decidir qué parte de ese presupuesto se dedicaría a fomentar las relaciones con el poder legislativo.

Como resultado del debate, el Subcomité decidió pedirle a la Secretaría que revisara el documento presentado con miras a aclarar las distintas dudas suscitadas y a puntualizar mejor los objetivos del programa. El nuevo documento, que sería sometido al SPP en su reunión de abril de 1992, debería proponer, asimismo, un método de evaluación del programa. Luego de esa revisión el Subcomité se proponía presentar el documento para su consideración por el Comité Ejecutivo en la reunión a celebrarse en el otoño de 1992.

Tema 5: Información pública y comunicación para la salud

El Sr. Richard Leclair, Jefe del Departamento de Información Pública, al presentar el tema señaló que desde el último informe presentado al Subcomité de Planificación y Programación en marzo de 1990 sobre el programa Comunicación para la Salud (CFH), se ha reconocido que la utilización de la comunicación social es una estrategia esencial de la OPS y de sus Países Miembros. En consecuencia, dicho programa ha sido incorporado en las Orientaciones Estratégicas y Prioridades Programáticas para la Organización Panamericana de la Salud durante el Cuadrienio 1991-1994, aprobadas en septiembre de 1990 por la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana.

Una vez que el SPP dio su aprobación para seguir adelante con el programa, fue formulado un plan de operaciones y se inició su ejecución. Se creó un Comité de Desarrollo compuesto de personalidades del sector público y privado para ayudar a la OPS en la planificación y en las actividades relacionadas con el programa CFH, en la movilización de redes y recursos, y en la creación de asociaciones entre el sector privado y las organizaciones no gubernamentales. El Comité se ha reunido seis veces desde su formación y se constituyeron subcomités relacionados con inmunización, nutrición, y reducción de la farmacodependencia.

Para facilitar la respuesta a las consultas del público y simplificar la movilización de recursos, se crearon dos bases de datos computarizadas que ya están listas para su consulta en línea.

Entre algunas de las principales actividades de comunicaciones iniciadas desde 1990 se incluyen: la Tercera Teleconferencia Panamericana sobre el SIDA (Caracas, 1991); un programa especial de amenidades que se presentó en televisión como apoyo a las campañas de inmunización en la Región Andina (abril de 1990); y la campaña de información pública "Make Measles History" (Pasar el sarampión a la historia) en el Caribe de habla inglesa. Actualmente se llevan a cabo actividades de apoyo a los proyectos de comunicación relacionados con la lucha contra el cólera y se estudian esfuerzos especiales de cooperación con el Instituto Peruano de Seguridad Social y el Ministerio de Salud de Colombia.

Discusión

Aunque algunos miembros indicaron que el título del tema se podría prestar a confusión y que mejor sería considerarlo como dos asuntos diferentes: "Información pública" y "Comunicación para la salud" (e inclusive uno de los miembros insistió en que el documento más bien hablaba de un programa de promoción del uso de los medios masivos de comunicación y no de comunicación en salud), todo el Subcomité coincidió en considerar el programa como uno de los más importantes en favor de la salud pública y al que los trabajadores de salud debieran darle especial atención.

Con respecto al documento presentado, se señaló que los objetivos indicados en el mismo debieran jerarquizarse mejor, enfocando la atención principalmente a promover y despertar el interés en las cuestiones de salud entre el público en general y grupos especializados a la vez que se crea y refuerza la conciencia pública en lo referente a la responsabilidad individual y colectiva en cuanto a salud. Se señaló, asimismo, que los objetivos deben ser más explícitos y se hizo notar la ausencia de una indicación de los recursos que serían necesarios para poder llevar a cabo el programa por lo que quizás convendría ser más específicos en cuanto a su alcance. Se estimó que el documento adolecía de la falta de información sobre el programa en sí.

En cuanto al Comité de Desarrollo se reconoció su importancia y contribución no solo por la ayuda que presta al desarrollo del programa, sino por la composición del mismo ya que reúne a personalidades tanto del sector privado como del público.

El Subcomité hizo varias sugerencias a la Secretaría para mejorar el programa, tal como el uso de la radio; aumentar la GTPD; facilitar el intercambio subregional de programas existentes sobre promoción de la salud, y conseguir la participación de personalidades importantes de los medios masivos de comunicación.

Los miembros del Subcomité recalcaron que es preciso diseminar el mensaje de la OPS de promoción de la salud a través de la prevención y responsabilidad por la salud individual.

En su respuesta, la Secretaría señaló que el objetivo principal del programa era de proporcionar información útil sobre salud a la población. Se aclaró que la OPS en sí no pondrá programas en los medios masivos de comunicación, sino que ayudará a los Países Miembros a producir programas para informar a la población sobre la salud. También quedó claro que la OPS no hace propaganda para divulgar su propio nombre, pero que consigue relevancia como un efecto secundario a través de sus programas de información pública sobre la salud. El debate concluyó con el reconocimiento por parte de la Secretaría de que hace falta trabajar más en todo aspecto de la información pública y educación para promover la salud.

Tema 6: Análisis de la cooperación técnica de la OPS/OMS en Colombia

El Dr. Antero Coelho Neto, Representante de la OPS/OMS en Colombia, presentó el Documento SPP17/3 en el que se describe el proceso de evaluación de la cooperación técnica de la OPS/OMS a Colombia que se llevó a cabo en marzo de 1991. Se indica que el ejercicio no es una instancia separada del proceso de evaluación que hace la Organización sino una etapa especial dentro de un proceso permanente. Se describe con algún detalle las principales recomendaciones hechas tanto de carácter general como específico para la cooperación futura de la OPS/OMS en el país. Estas recomendaciones se basan sobre un cuidadoso análisis de los problemas de salud existentes dentro de un amplio contexto económico y político. Se destaca, como elementos importantes del ejercicio, los trabajos de preparación compuestos por grupos de técnicos nacionales y de la OPS/OMS, así como la participación en las reuniones de representantes de varias entidades de dentro y fuera del sector salud y no exclusivamente del Ministerio. Estas recomendaciones sirvieron para formular las acciones de la OPS/OMS desde aquel momento.

El Dr. Carlos A. Agudelo Calderón, Viceministro de Salud de Colombia, hizo a continuación una presentación exhaustiva de la experiencia vivida por el Ministerio como consecuencia de la evaluación llevada a cabo y que coincide con un momento de transformación en la vida nacional. El Dr. Agudelo observó que esta evaluación conjunta, que coincidió con la toma de posesión de nuevas autoridades políticas y de salud, le ha ofrecido al nuevo gobierno una oportunidad única para alcanzar un consenso de políticas básicas.

Se refirió en particular a tres grandes puntos que tienen que ver con: cómo vió el Ministerio el proceso de evaluación de la cooperación técnica; que ha significado esa evaluación de la cooperación en el desarrollo de la política del Ministerio, y el papel que podría tener en el futuro inmediato la Representación de la OPS en el país.

Como resultado de la evaluación, el Ministro obtuvo un mejor conocimiento de la OPS, específicamente de su política y sus procesos que a veces son algo complejos, y la evaluación condujo a nuevos mecanismos de coordinación entre el Ministerio de Salud y la OPS.

En lo que se refiere a política, el Viceministro hizo notar que la evaluación motivó cambios significativos en la política nacional de salud, ayudando a definir nuevas metas basadas en la naturaleza real de los problemas de salud que actualmente confronta el país.

Destacó también que se ha notado una mejoría que ha repercutido en la integración interinstitucional entre los seis sistemas de salud que funcionan en Colombia al haber participado en la evaluación instituciones como el Instituto del Seguro Social, entre otros. Esto permitió conocer mejor los fundamentos con que cada uno de ellos trabaja y cómo podrían coordinarse sus respectivas actividades.

Se logró una apertura directa con los servicios de salud con resultados muy positivos ya que aumentó la coordinación interna del Ministerio y facilitó el que se conociera mejor a esos niveles el papel de la cooperación internacional y la relación que puede existir entre ésta y las distintas áreas prioritarias al nivel, por ejemplo, de algunos municipios y departamentos.

Hay manifestaciones muy claras de impacto positivo en la parte administrativa del proceso de cooperación que resulta en una ejecución más eficiente. Este año, a diferencia de otros anteriores, se están utilizando todos los recursos disponibles de la cooperación ofrecida por la OPS. También se ha logrado una mayor especificidad y entrega oportuna de la cooperación.

El Viceministro hizo notar que, bajo la dinámica que se da en su país en la actualidad, el proceso de evaluación que se lleva a cabo ahora cada cuatro años debería hacerse con más frecuencia. Elogió la organización, la preparación y la producción oportuna de los antecedentes para dicha evaluación conjunta.

En cuanto a la cooperación en el futuro el Viceministro indicó que ésta se enmarcaría dentro de cuatro áreas principales: desarrollo del sistema nacional de salud; la descentralización total del sistema; la comunicación para la promoción de la salud, y la gestión de la salud.

Discusión

En el debate que se dió a continuación los distintos participantes destacaron la calidad del Informe y la brevedad con que había sido presentado al Subcomité una vez concluida la evaluación. Se sugirió, y más

tarde fue aceptado, que al menos parte de los documentos de la evaluación conjunta sean traducidos cada año. Se desprende del Informe que la evaluación ha sido un verdadero ejercicio conjunto OPS/país.

Se hizo notar en particular cuánto había mejorado la metodología del proceso de evaluación aunque aún podría perfeccionarse con la inclusión de una escala de valoración que permita medir los resultados de la evaluación.

Se comentó que las evaluaciones conjuntas, como la realizada en Colombia, son un componente de algo más amplio que incluye desde la primera elaboración del programa y presupuesto hasta los APB, con lo que se trata de obtener una interacción continua con los gobiernos. Por otra parte se reconoció que debido a cierta frecuencia en los cambios de autoridades y de sus respectivos equipos de colaboradores las evaluaciones resultaban un tanto difícil.

En contestación a las preguntas de los miembros, el Subcomité fue informado de que la ausencia en el Informe de una mención a la comunicación en salud se debía a que recién se está elaborando un programa al respecto. En relación con la descentralización de la gestión de la cooperación externa, el Ministerio de Salud de Colombia, como resultado de la evaluación, decidió que fuesen los servicios individuales los que elaboren la formulación de los proyectos que requieran ayuda internacional. Estos llegan al Ministerio y desde donde son trasladados a la OPS. También se hizo notar que la participación de secretarios de salud departamentales aumentarían la probabilidad de que la OPS proveyera cooperación técnica a nivel departamental.

Varios participantes y miembros de la Secretaría hicieron notar que la situación descrita en Colombia es un reflejo de lo que sucede en muchos países de la Región. Esto llevó a un intercambio interesante sobre la equidad de la salud, ya que muchos países viven un proceso que trata de garantizar el derecho fundamental de su población a la salud en medio de circunstancias económicas adversas. Se expresó preocupación por la repercusión negativa que tienen sobre la situación de la salud y sobre el sector salud, las políticas de ajuste que en varios casos parecían hacer caso omiso de esas consecuencias. Es necesario encontrar soluciones que garanticen que los niveles de toma de decisiones entiendan el vínculo entre la salud de la población y las metas generales de desarrollo económico y de fortalecimiento de las instituciones democráticas. Se mencionó que la OPS debe estar alerta ante los que atribuyen la mala situación económica en sus países al sistema de servicios de salud gratuitos, porque este modo de pensar pone en peligro el objetivo de cobertura universal de la salud, y porque claramente hay otras causas más directamente relacionadas con la situación económica de la Región.

Al cierre del debate, el Director señaló que se hace necesario separar las ideologías políticas de la política de salud, y que no se debe confundir la responsabilidad del Estado por la salud de su población con la prestación de servicios, ya que bien se puede satisfacer las necesidades de la población a través de un esfuerzo conjunto del Estado y el sector privado. No obstante, compartió las preocupaciones expresadas en

cuanto a conservar la función singular del Estado en la relación de la salud con la equidad, como ente normativo y de arbitraje entre intereses en conflicto.

Tema 7: Análisis del Programa Regional de Salud Ambiental (HPE)

El Ing. Horst Otterstetter, Coordinador del Programa de Salud Ambiental, presentó este tema (Documento SPPI7/5).

Después de referirse a los marcos establecidos para la salud ambiental por las distintas declaraciones y resoluciones de los Cuerpos Directivos, el Ing. Otterstetter comentó sobre la importancia política, económica y técnica de la salud ambiental dentro del marco de los procesos de desarrollo.

La presentación continuó con un análisis de los factores que influyen en el cambio ambiental en los Países Miembros como base para sugerir un nuevo enfoque para el desarrollo de la salud ambiental en América Latina y el Caribe. Este nuevo enfoque propone una visión inter-programática e intersectorial para la salud ambiental. Plantea incluir los conceptos de salud ambiental en todos los programas de los organismos especializados en salud para lograr una mejor integración y coordinación. También contempla la necesidad que tiene el sector de la salud, junto con otros sectores, de desempeñar su función en el proceso de toma de decisiones para el desarrollo socioeconómico.

Dentro de este contexto indicó algunas de las funciones de liderazgo y de apoyo que deben ser ejercidas por las autoridades de salud para llevar a cabo la promoción y la protección de la salud ambiental. A continuación hizo una comparación entre las capacidades requeridas por los organismos nacionales y las capacidades que presentemente poseen para ejecutar los programas de salud ambiental.

Seguidamente hizo la exposición de las funciones en salud ambiental que actualmente tiene la OPS y presentó la propuesta del Programa de Salud Ambiental de la OPS para apoyar a los Países Miembros en sus esfuerzos de gestión de la salud ambiental. Indicó además que el apoyo de la OPS se orientará hacia el fortalecimiento de la capacidad de promoción de la salud ambiental y de la capacidad de gestión de la salud ambiental.

Finalmente el Ing. Otterstetter indicó como se propone llevar a cabo el nuevo enfoque en la OPS y planteó la incorporación de aspectos de salud ambiental en los otros programas de la OPS; el fortalecimiento de la capacidad de promoción de salud dando atención a salud ambiental, y el realineamiento del Programa HPE para poder atender mejor las nuevas demandas de los Países Miembros.

Discusión

El Subcomité felicitó al Ing. Otterstetter por la calidad de su informe que presenta un diagnóstico preciso del nuevo concepto de la OPS sobre salud ambiental que recalca el control de la contaminación, además

de las inquietudes tradicionales por el agua y el saneamiento. Hubo apoyo unánime para la propuesta de la Secretaría de adoptar un nuevo enfoque para el desarrollo de la salud ambiental en América Latina y el Caribe. Se considera al Programa de Salud Ambiental de la OPS como un programa clave de la Organización que está interrelacionado con los demás programas.

Entre otros comentarios, los miembros del Subcomité indicaron su concordancia con la naturaleza intersectorial de la salud ambiental así como la importancia del fomento de la salud en un contexto que incluya la participación de la comunidad.

Se indicó que el tiempo apremia, por lo que es necesario tomar medidas positivas e inmediatas a la vez que se fomentan actividades proactivas ya que las actuales infraestructuras de salud no conceden la importancia debida a la salud ambiental. Se señaló que es de lamentar que algunos gobiernos hayan separado la función que se ocupa de lo relativo al medio ambiente de la responsabilidad del Ministerio de Salud, cuando la cooperación entre los organismos que abordan la problemática ambiente/salud debería ser cada vez más estrecha. El sector salud debería aprovechar los problemas ambientales de manera más directa y constante para ayudar a los países a entender la relación que guarda la salud con el desarrollo.

La comunidad internacional debe convencerse que tiene que tomar en consideración el factor salud desde el inicio de cualquier proceso de desarrollo. Dada la escasez de recursos el nuevo enfoque con su énfasis en la promoción de la salud, al involucrar a la comunidad, tiene buenas posibilidades de obtener resultados favorables. Cuenta con el aliciente de que enfoca la salud desde una perspectiva de "abajo hacia arriba" en vez del tradicional enfoque a la inversa.

Se mencionó el impacto económico tanto como ambiental que está teniendo las migraciones recientes y las posibles repercusiones que pueden acarrear los recientes pactos regionales de libre comercio.

Tema 8: Salud y turismo

El Dr. George Alleyne, Subdirector, introdujo el tema y explicó su relación con la orientación estratégica de "Salud y Desarrollo" que había aprobado la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana en 1990. Recalcó que el interés principal de la OPS es la salud de la población local, pero que la interacción entre los sectores de salud y turismo era vital para los dos.

Se presentaron datos sobre los aspectos económicos del turismo y varias facetas de la relación salud/turismo. La salud física y ambiental local puede tener un impacto positivo o negativo sobre el turismo, así como la salud del turista puede tener, y de hecho tiene, sus efectos sobre la salud de la población local.

El Dr. Alleyne describió algunas posibles líneas de acción que los Países Miembros pueden adoptar e indicó la cooperación técnica que puede brindar la OPS a través de la movilización de los recursos políticos, institucionales y financieros, la diseminación de la información necesaria y la investigación.

Se introdujo el tema del turismo con fines de salud como un concepto y una práctica que, por razones económicas, revestía cada vez más importancia en varios países de América Latina y el Caribe, y representa la fuente principal de producción económica en el PIB y, en muchos otros, entre las tres principales. Se mencionó sumariamente los resultados de un cuestionario que se usó para recoger datos de los países. Concluyó el Dr. Alleyne solicitando comentarios de los miembros del Subcomité sobre el futuro de la cooperación técnica en esta área.

Discusión

El Subcomité manifestó mucho interés por el tema, y felicitó al Dr. Alleyne por la excelente calidad del documento y su presentación.

Se pidió se indicara con más detalle cuánto podría costar esta nueva área de actividad a la OPS, y en qué forma, exactamente, limitaría la Organización su respuesta a una demanda potencialmente sin límite de cooperación. Se expresó la opinión de que quizá es más bien la industria del turismo la que debiera preocuparse por el aspecto la salud, y que no se debería añadir un factor adicional al abanico de preocupaciones del sector salud.

Uno de los distintos aspectos que se sugirieron como puntos adicionales a incluir en una futura revisión del documento fue el relativo al turismo de invierno cuyo impacto sobre la salud es importante ya que desplaza temporalmente a muchos trabajadores y servicios de salud para satisfacer las demandas de los visitantes que participan en deportes de invierno. También se recomendó que se prestara más atención al turismo con fines de salud, en particular las necesidades especiales de los turistas de la tercera edad, cuyo porcentaje de la población es cada vez más importante dado el envejecimiento de la población mundial.

La Secretaría aclaró que este programa no constituye un proyecto para crear una nueva oficina dentro de la OPS, sino que es un tema que se abordaría por intermedio de la acción interprogramática. De hecho, todos concordaron en que los programas de la OPS a favor de la salud ya rinden beneficios al turismo. Además, esta actividad no ha significado ningún gasto importante por parte de la Organización hasta ahora, y para el futuro se piensa movilizar más los recursos nacionales que los de la OPS. El Dr. Alleyne señaló que este tema no puede relegarse a la industria turística, porque el enfoque de ésta, hasta ahora, se ha limitado a la salud de los turistas, mientras que la preocupación de la OPS abarca un campo más amplio como es el de la salud de las poblaciones locales.

Al concluir el debate, el Director hizo notar que todos habían expresado estar de acuerdo sobre la relevancia de este tema en vista de la importancia del turismo como parte del PIB y por ende del desarrollo.

La interacción entre la salud y el turismo adquiere cada vez más interés en los países de la Región, donde al menos dos de ellos ya están desarrollando una política en este sentido.

Quedó decidido que el documento sería revisado por la Secretaría para incorporar las sugerencias hechas por el Subcomité y que luego sería enviado al Comité Ejecutivo y al Consejo Directivo para su consideración. Posteriormente el documento podría ser diseminado a través de la Organización Mundial de Turismo y otras entidades del sector turístico.

Tema 9: Otros asuntos

Situación en Haití

El Director informó al Subcomité que en relación al conflicto político surgido en la República de Haití y habiendo tomado conocimiento de las decisiones del Consejo Permanente de la OEA y de la Asamblea General de las Naciones Unidas y vistas las muy difíciles condiciones de trabajo y de seguridad personal la Oficina, conjuntamente con otras agencias internacionales y misiones diplomáticas, había evacuado a la casi totalidad de su personal en Haití y suspendido todos los programas de cooperación. Permanecen tres funcionarios al cuidado de la Representación en Puerto Príncipe.

En la actualidad la Oficina forma parte de la Misión de la OEA de carácter humanitario que está evaluando el impacto que el decretado embargo económico está teniendo sobre las de por sí ya precarias condiciones de vida de la población. Dicha Misión rendirá un informe próximamente y la Oficina seguirá colaborando con la OEA y las Naciones Unidas en las posibles medidas de emergencia y de carácter humanitario que se puedan tomar para aliviar la situación de la población.

Programa de temas de la 18a Reunión del Subcomité

El Subcomité aprobó el siguiente programa de temas para su 18a Reunión, a celebrarse del 8 al 10 de abril de 1992.

1. Anteproyecto de presupuesto por programas de la Organización Mundial de la Salud para la Región de las Américas, 1994-1995
2. Conversión de la deuda por salud
3. Evaluación en la Organización
4. Inversiones a mediano y a largo plazo en infraestructuras de salud, agua y saneamiento (según se recomienda en la Resolución XVII, "Cólera en las Américas", adoptada por la XXXV Reunión del Consejo Directivo)
5. Salud de los indígenas
6. Democracia y salud.



PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION
EXECUTIVE COMMITTEE OF THE DIRECTING COUNCIL
SUBCOMMITTEE ON PLANNING AND PROGRAMMING



Seventeenth Meeting
Washington, D.C., 2-4 December 1991

SPP17/2, Rev. 1
4 December 1991
4 diciembre 1991

LIST OF PARTICIPANTS
LISTA DE PARTICIPANTES

LIST OF PARTICIPANTS
LISTA DE PARTICIPANTES

ARGENTINA

Dra. Elsa Moreno
Secretaria de Salud
Ministerio de Salud y Acción Social
Buenos Aires

BARBADOS

Hon. Branford M. Taitt
Minister of Health
Ministry of Health
Bridgetown

BRAZIL

BRASIL

Dr. Alberto Szniter
Coordinador de Planejamento Estratégico
Ministerio da Saúde
Brasilia

CANADA

Mr. Norbert Préfontaine
Assistant Deputy Minister
Intergovernmental and International
Affairs Branch
Department of National Health
and Welfare
Ottawa, Ontario

COLOMBIA

Dr. Carlos Agudelo Calderón
Viceministro de Salud
Ministerio de Salud
Bogotá

Dr. Andrés Mariño Samper
Jefe de Cooperación Técnica
Ministerio de Salud
Bogotá

CUBA

Dr. Ramón Prado Peraza
Director de Relaciones
Internacionales, a.i.
Ministerio de Salud Pública
La Habana

Lic. Pablo Raúl Rodríguez
Asesor
Oficina Intereses de Cuba
Washington, D.C.

UNITED STATES OF AMERICA
ESTADOS UNIDOS DE AMERICA

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

Ms. Marlyn Kefauver
Associate Director for Bilateral Programs
Office of International Health
Department of Health and Human Services
Rockville, Maryland

PAN AMERICAN SANITARY BUREAU
OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

Secretary ex officio
Secretario ex officio

Dr. Carlyle Guerra de Macedo
Director

Advisers to the Director of the Pan American Sanitary Bureau
Asesores del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana

Dr. Robert F. Knouss
Deputy Director

Sir George O. Alleyne
Assistant Director

Mr. Thomas Tracy
Chief of Administration

Dr. Francisco López Antuñano
Area Director, Health Programs Development

Dr. José R. Teruel
Area Director a.i., Health Systems Infrastructure

Dr. Antero Coelho Neto
PAHO/WHO Representative in Colombia

Mr. Mark L. Schneider
Acting Chief
Analysis and Strategic Planning Coordination

Dr. Daniel López Acuña
Senior Advisor on Program Planning and Policy Development
Analysis and Strategic Planning Coordination

Dr. Frank Gauldfelt
Country Program Analyst
Assistant Director's Office

Mr. Richard G. Leclair
Chief, Information Coordination

Mr. Horst Otterstetter
Program Coordinator, Environmental Health

Dr. César Vieira
Program Coordinator, Health Policies Development



ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD



COMITE EJECUTIVO DEL CONSEJO DIRECTIVO

SUBCOMITE DE PLANIFICACION Y PROGRAMACION

18a Reunión

Washington, D.C., 8-9 de abril de 1992

SPP18/FR (Esp.)

9 abril 1992

ORIGINAL: ESPAÑOL-INGLES

INFORME FINAL

INFORME FINAL

La 18a Reunión del Subcomité de Planificación y Programación del Comité Ejecutivo tuvo lugar en la Sede de la Organización Panamericana de la Salud, en Washington, D.C., los días 8 y 9 de abril de 1992.

Los siguientes miembros elegidos por el Comité Ejecutivo estuvieron presentes: Barbados, Brasil, Cuba y Estados Unidos de América. Participaron, asimismo, a invitación del Director de la Oficina, representantes de Argentina, Canadá y México.

APERTURA DE LA REUNION

El Dr. Carlyle Guerra de Macedo, Director de la OSP, abrió la reunión dando la bienvenida a los representantes.

MESA DIRECTIVA

La Mesa Directiva quedó integrada de la forma siguiente:

<u>Presidente:</u>	Sr. Branford M. Taitt	Barbados
<u>Vicepresidente:</u>	Sr. Neil A. Boyer	Estados Unidos de América
<u>Relator:</u>	Dr. Ramón Prado Peraza	Cuba
<u>Secretario ex officio:</u>	Dr. Carlyle Guerra de Macedo	Director, OSP
<u>Secretario técnico:</u>	Sr. Mark Schneider	Jefe, a.i., DAP/OSP

PROGRAMA DE TEMAS

De acuerdo con lo establecido en el Artículo 10 del Reglamento Interno, el Subcomité adoptó el siguiente programa de temas:

1. Apertura de la Reunión
2. Elección del Presidente, Vicepresidente y Relator
3. Adopción del programa de temas
4. Anteproyecto de presupuesto por programas de la Organización Mundial de la Salud para la Región de las Américas para el bienio 1994-1995
5. Conversión de deuda para la salud
6. Evaluación en la Organización Panamericana de la Salud
7. Plan regional de inversiones en salud y ambiente
8. Salud de los pueblos indígenas
9. Democracia y salud
10. Otros asuntos

PONENCIAS Y CONCLUSIONES

A continuación se presenta un resumen de las discusiones y conclusiones sobre cada uno de los temas:

Tema 4: Anteproyecto de presupuesto por programas de la Organización Mundial de la Salud para la Región de las Américas para el bienio 1994-1995

El Sr. Milam, Jefe de Presupuesto, al presentar el tema resumió la propuesta provisional de presupuesto que se presentará al Comité Ejecutivo en su próxima reunión de junio y, en septiembre, al Consejo Directivo en su carácter de Comité Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. Este formulará la recomendación final al Director General de la OMS. La propuesta global de la OMS se presentará al Consejo Ejecutivo de la OMS en enero de 1993 y a la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 1993.

La propuesta provisional de esta Región, cuyo monto es de \$79.355.000, refleja un aumento general de un 11,0% con respecto a 1992-1993, que es el tope máximo otorgado a esta Región por el Director General de la OMS. Puesto que los aumentos de costos relacionados con la inflación y los incrementos obligatorios dispuestos por las Naciones Unidas ascienden a un 16,0%, se tuvo que efectuar reducciones en el programa por valor de \$3.625.100, o un 5,0%, incluyendo la eliminación de 14 puestos.

Debido a las drásticas reducciones en los programas efectuados durante 1991 en el presupuesto por programas 1992-1993, que a su vez pasaron a formar parte de la proyección 1994-1995, la propuesta presentada en el documento no incluye el incremento de un 5 % indicado por el Director General a dedicarse al crecimiento combinado de los cinco programas prioritarios siguientes:

- Proceso de gestión para el desarrollo nacional de salud
- Organización de los sistemas de salud basados en la atención primaria de salud
- Nutrición
- Fomento de la higiene del ambiente
- Prevención y lucha contra las enfermedades

Aumentos de esa magnitud en esos cinco programas hubieran supuesto una reducción en los otros programas de aproximadamente \$5.500.000.

El Director hizo notar que la propuesta en discusión debe considerarse como provisional puesto que ella volverá a ser discutida y considerada por el propio Subcomité, el Comité Ejecutivo y el Consejo Directivo cuando consideren el presupuesto conjunto OPS/OMS para el período 1994-1995 y sobre el cual la Secretaría pone mucha más especificidad.

Anotó que el bienio 1994-1995 es el tercero consecutivo en el que no solo se trabaja con crecimiento cero, sino que se trabaja con un crecimiento negativo. El aumento del presupuesto es inferior al aumento de costos estimados. En esta oportunidad, ante un aumento de costos del 16 % hay una propuesta de aumento del presupuesto del 11 %, lo que implica una reducción real en términos de programas del 5 % del presupuesto de la OMS para la Región. El efecto acumulativo al 1994-1995 de estas reducciones es casi igual, en términos reales, de una tercera parte del presupuesto aprobado para 1988-1989. Esa es una de las razones por la que en este primer intento de propuesta no se dio curso a las indicaciones de la OMS/Ginebra de aumentar en un 5 % real los cinco programas mencionados, particularmente si por otra parte se toma en cuenta que los mismos ya representan el 60 % del gasto del presupuesto para la Región y con lo que ya se le asigna una prioridad importante a esos programas. Aumentar en un 5 % ese 60 % significaría introducir reducciones del orden del 13 % en otros programas considerados como prioritarios en la Región de las Américas.

El Secretariado solicitó el asesoramiento y las opiniones del Subcomité respecto de la propuesta provisional, habida cuenta de que la propuesta combinada de la OPS y la OMS para 1994-1995 se presentará a los Cuerpos Directivos en 1993.

Discusión

En la discusión que se dio a continuación se señaló que sería conveniente que cuando el anteproyecto de programa sea sometido a los Cuerpos Directivos se aporte información que permita conocer y comparar cómo es que las otras Regiones enfrentan y solucionan el problema del aumento de costos, porcentaje asignados a ellos, así como la prioridad que asignan a los programas. Se llamó la atención con respecto a la Sede y a la Oficina Regional de Europa que en la última Asamblea Mundial de la Salud fueron motivo de crítica por el aumento porcentual asignado a ellas y que resultó ser considerablemente mayor que el asignado a las otras Regiones.

Se señaló que el cólera, dada su dimensión política en la Región, debiera quedar reflejado en la propuesta de la OMS para el bienio 1994 y 1995 y se anotó con preocupación la disminución en los programas dirigidos fundamentalmente a la promoción de la salud.

Se informó que el último Consejo Ejecutivo había creado un grupo de trabajo para el estudio del rol y estructura de la OMS, y, en particular las prioridades de sus programas por estimarse que quizás estas eran demasiadas en número con lo que se diluía el impacto sobre las mismas. Se cree que al enfocar su acción en un número menor de programas se concentraría un mayor impacto sobre los mismos y por ende se facilitaría su éxito.

Aunque quizás algo prematuro, se mencionó la conveniencia de que tanto la Oficina, como los Cuerpos Directivos y los gobiernos, empiecen a pensar también en concentrar las prioridades de la OPS en un número mas reducido de programas.

Se señaló que quizás como resultado de la mencionada decisión del Consejo Ejecutivo el Director General haya indicado a las Regiones una concentración en los cinco programas mencionados anteriormente, por lo que se notó en falta el que esta Región no haya seguido la pauta indicada por él. Por otra parte, se mencionó que el haberse indicado esa prioridad, en ausencia del resultado del estudio sobre las prioridades de la OMS, era un tanto prematuro.

Se apuntó la conveniencia de considerar reducir el número de años que se incluyen en las proyecciones presupuestarias por cuanto el método actual no parece muy lógico o práctico.

El Sr. Milam aclaró que el propósito de incluir las proyecciones 1994-1995 era darle la oportunidad a los Gobiernos de considerar la porción del presupuesto asignado a su país en dos ocasiones distintas, con lo que así podrían reajustarlo de acuerdo a sus criterios y prioridades programáticas.

El Director recalcó que en esta versión preliminar de la propuesta no se entró en un análisis programático ni se consideró a fondo los cinco programas prioritarios señalados por el Director General, entre otras razones por no haber tenido la oportunidad de discutir con los gobiernos individualmente qué es lo que se proponían llevar a cabo en sus países, y porque a finales de este año es cuando se hará ese ejercicio en la preparación del presupuesto conjunto OPS/OMS.

Con respecto a las cinco prioridades, el Director observó que tanto en su conceptualización como en su puesta en práctica son muchas las variantes que se dan entre las distintas Regiones y los gobiernos. Notó que en otras Regiones el porcentaje asignado a esas cinco prioridades es de 36,6% en Africa; 49,3% en el Sudeste de Asia; 13,5% en Europa; 51,4% en el Mediterráneo Oriental; 45,5% en el Pacífico Occidental, y 23,3% en la Sede de Ginebra, mientras que en las Américas es de 60%.

De la comparación de la participación de las distintas Regiones y de la Sede Central en el presupuesto de la OMS en los aumentos o reducciones sufridos, se desprende también una panorámica un tanto desequilibrada. Mientras que en la Región de Europa, y con excepción de una Representación en Turquía, todos los recursos se administran desde la Oficina Regional, en las Américas se hace hincapié en las actividades que se hacen desde los países. Las comparaciones, por tanto, deben hacerse teniendo en cuenta el nivel de desarrollo de los países así como la forma de entregar la cooperación técnica a los mismos. Señala que las Regiones del Pacífico Occidental y de las Américas son las que mayor reducción han sufrido en los últimos bienios. Por otra parte, el gasto en la Sede Central sobrepasa el 35% en términos de propuesta para el bienio 1992-1993.

Por otra parte, el Subcomité estimó atinada la decisión del Director de seguir cargando los costos de los Representantes de País en la Región a los fondos ordinarios de la OPS.

Tema 5: Conversión de deuda para la salud

En la presentación de este tema del programa, el Dr. Antonio Campino, OSP, examinó brevemente los hechos que han llevado a la OPS a considerar los esquemas de conversión de deudas como una posible manera de suministrar a los Países Miembros recursos adicionales para el sector salud. Recalcó que en épocas de graves limitaciones económicas y presupuestarias, los esquemas de conversión de deuda tienen el poder de multiplicar los recursos de salud, al mismo tiempo que ofrecen a los gobiernos de la Región un alivio de la carga de su deuda.

Explicó que, en cumplimiento del mandato que el Consejo Directivo de la OPS diera al Director en septiembre de 1991 para que apoyara a los Países Miembros en sus

encargado de formular el proyecto que, además de preparar un informe técnico y material informativo sobre el tema, estableció contactos importantes y efectuó valiosas averiguaciones en instituciones multilaterales y bilaterales, incluyendo el Banco Mundial, el BID, el FMI, la USAID y CIDA. Se visitaron varios Países Miembros para consultarlos respecto de la factibilidad de proseguir con las conversiones de deuda por recursos para la salud. Sobre la base del grado de interés y la idoneidad, se seleccionaron siete países para una segunda fase de las actividades: Perú, Bolivia, Ecuador, Guyana, Honduras, Costa Rica y la República Dominicana.

Citó a Bolivia como ejemplo de un gobierno que apoya activamente la conversión de su deuda en recursos adicionales para los proyectos prioritarios de salud y que ha solicitado en forma oficial a la OPS que se ponga en contacto con sus acreedores bilaterales. También con respecto a Bolivia, se refirió al esfuerzo conjunto que actualmente realizan la OPS y el UNICEF con miras a finalizar una conversión de deudas en el área de la salud materno-infantil, con apoyo de CIDA/Canadá.

En la revisión de las actividades anteriores, el Dr. Campino señaló que en la OPS se formó un comité asesor interprogramático para proporcionar orientación y colaborar en la coordinación del desarrollo de proyectos. Indicó que las conclusiones de la primera reunión han conducido a la formulación de las siguientes tres funciones: 1) prestar a los Países Miembros la asistencia técnica para desarrollar proyectos de salud apropiados y ayudarles cuando deciden establecer programas para facilitar la conversión de deuda para la salud; 2) suministrar a los Países Miembros apoyo especializado para redactar la legislación sobre conversiones de deuda, y 3) promover, ante las autoridades del país deudor que tiene programas de conversiones de deuda, las conversiones de deuda en el sector salud.

Discusión

El Subcomité tomó nota de la experiencia de México, que en los últimos tres años convirtió aproximadamente US\$3.500 millones de su deuda y de los cuales aproximadamente el 5% se dedicaron al sector medio ambiente. México discontinuó recientemente esta conversión.

Se estimó que el documento presentado por la Secretaría aclaraba algunos de los puntos que se suscitaron con motivo de su presentación a una reunión anterior del Subcomité. Por otra parte, uno de los representantes indicó algunas dudas en relación a cuál sería el papel que desempeñaría la Organización y sobre todo si se considera que en el documento se menciona que la suma de recursos presentados a conversión no son de gran importancia.

Asimismo, mientras que en una parte del documento se enumeran posibles funciones de la Oficina, en otra se concluye que habría que recurrir a contratar especialistas financieros y jurídicos. Asimismo, hubo interés por conocer el número de países interesados, así como el impacto que esto pudiera tener en el trabajo de los Representantes en los Países y si estos están capacitados para atender esta materia. Hubo una sugerencia que tal vez esto sería una ayuda directa de la Sede, en vez de tratar de tener la capacidad técnica a nivel de las Representaciones.

Se le encomendó a la Secretaría que el documento que se presente a los Cuerpos Directivos sea editado y que se corrijan los perfiles de los países.

El Secretariado, en sus contestaciones a los puntos indicados por los miembros, informó que en una futura edición del documento se podría aclarar en forma más concreta cuál es el papel de la Organización en este tema. Ahora se había tratado de consignar un esquema de cuál podría ser ese papel y sus implicaciones y las consecuencias que se derivan de ellas, como son las tres que aparecen en la página 8 del documento: facilitar colaboración técnica a los países para desarrollar proyectos de salud apropiados; suministrar apoyo especializado para la redacción de legislación sobre conversión de deuda, y promover ante las autoridades del país deudor las conversiones de deuda en el sector salud. Informó, asimismo, que no se utilizan fondos ordinarios del presupuesto y que se trabajará con el personal de la Sede y el de las Representaciones y con y por medio del Ministerio de Salud en cualquier acción.

El Dr. Knouss, Director Adjunto, OSP, en su intervención reconoció que la iniciativa no es una panacea para resolver todos los problemas de la financiación del sector salud pero que sí es un intento en que trata de identificar posibles fuentes de recursos y que de no interesarse en ellas serían oportunidades perdidas por el sector y aprovechadas por otros. Ya hay países que han indicado su interés en esta fuente de recursos y a los que la Organización haría un pobre servicio y favor si no estuviese en condiciones de ayudarles en esos propósitos. Por otra parte, hay organismos donantes que acarrean sumas importantes de deuda y que han indicado a la Organización que verían con agrado el que este se interesase en fomentar este concepto en el sector salud porque de otra forma esas sumas se dirigirán hacia otros sectores.

En ningún momento se ha intentado imponer esta actividad en el quehacer de la Organización, pero para ella resulta de extraordinaria importancia el poder responder en forma positiva tanto a los gobiernos como a los donantes.

Tema 6: Evaluación de la Organización Panamericana de la Salud

En la presentación del tema el Sr. Dixon (OSP) señaló que la evaluación es una de las fases principales en el ciclo de gestión y es el proceso en virtud del cual una organización: 1) procura determinar hasta qué punto el trabajo efectivamente cumplido satisface los objetivos originales, y 2) establece las bases para una acción correctiva. La evaluación es una tarea compleja en cualquier campo, pero es especialmente problemática en las áreas sociales como la salud, puesto que la causalidad es difícil de establecer. El imperativo de que las organizaciones públicas sean sensibles a las prioridades públicas y el hecho de que los escasos recursos deban ser administrados con prudencia son motivo de que se establezcan procedimientos de evaluación.

Dentro de la OPS la evaluación de su programa de cooperación técnica se realiza mediante: 1) las revisiones anuales internas de los programas regionales y de país, y 2) las revisiones bienales realizadas conjuntamente con funcionarios nacionales en el nivel de país. Se han logrado avances significativos en el establecimiento de los procedimientos de evaluación dentro de la OPS, pero se requiere aún más esfuerzo. En particular, el proceso de evaluación se beneficiaría de una definición más clara del propósito, los resultados que se espera alcanzar y las actividades que se han de cumplir al nivel del proyecto, así como de la definición precisa de indicadores para facilitar las actividades de medición.

Discusión

Todos los miembros coincidieron en destacar la calidad del documento, tanto por su contenido como por la franqueza con que son expuestos los pros y contras de las distintas consideraciones y estimaron que este último aspecto debiera siempre guiar los contactos entre la Oficina y los Gobiernos.

Estuvieron de acuerdo con el criterio indicado por la Oficina de que ante la escasez de recursos, los organismos que se nutren de fondos públicos deben ser cada vez más cuidadosos y responsables fiscal y programáticamente.

Se señaló que el proceso de evaluación, aún teniendo en cuenta los muchos componentes que lo integran, es un tanto débil en relación a poder medir los resultados o efectos en la salud. Al respecto se sugirió que el Secretariado siga trabajando en la búsqueda de cómo evaluar el efecto en la salud, pues de otra manera parecería que más bien sólo se evalúa la parte programática. Se sugirió asimismo la posibilidad de que la OPS apoye directamente a los países en ampliar sus propias capacidades de evaluación.

Por otra parte, se apuntó el hecho de que quizás se están utilizando demasiados mecanismos evaluativos, por lo que convendría consolidarlos en aras de un ahorro de recursos que se invierten en esta actividad. A dicho fin se preguntó si el Secretariado había considerado la conveniencia de crear una unidad de evaluación en la Oficina, que centralice en cierta medida lo que ahora hacen las distintas unidades en la Sede y en los países con respecto a la evaluación de sus propias actividades.

Se indicó como conveniente que se instrumente un sistema de monitoreo con respecto a los resultados y acuerdos derivados de las evaluaciones conjuntas que se vienen haciendo sobre los países. Pareciera ser que en la actualidad no se da el seguimiento debido a las conclusiones de dichas evaluaciones.

El Dr. Alleyne, Subdirector de la OSP, informó que próximamente se celebraría una reunión con funcionarios de los ministerios de tres países del Caribe con el propósito de introducir el enfoque de una programación más específica y precisa, ya que ello se considera un sine qua non para una buena evaluación. Mencionó, asimismo, que las modificaciones que se hacen en la asignación de recursos siempre van precedidas de una evaluación de los correspondientes programas y en la que se trata de confirmar si dichos programas encajan dentro de los mandatos de los Cuerpos Directivos.

El Director mencionó como una reciente modalidad de evaluación la realizada a nivel de los proyectos con las entidades donantes de recursos extrapresupuestarios. Se celebran reuniones conjuntas de evaluación y coordinación con esos donantes, en las que además de evaluar los proyectos realizados conjuntamente y con miras a complementarse mejor, se hace una coordinación de otras actividades de cooperación que los países hacen bilateralmente con esas entidades. En relación al Secretariado, el Director mencionó que ésta se somete a un número de evaluaciones externas, como son las auditorías externas, y las que realizan los Cuerpos Directivos de la Organización. Señaló que dentro de la franqueza aludida que debe haber entre la Organización, la Oficina y los gobiernos siempre debe tenerse presente que hay cierta información que es privativa de los gobiernos y que solo corresponde a estos hacerla pública.

En relación a la creación de una unidad de evaluación, informó que la conclusión a la que había llegado la Oficina después de varios estudios al respecto era de que una unidad central de evaluación tendría a crecer demasiado y terminaría en constituirse en un cierto impedimento.

Tema 7: Plan Regional de Inversiones en Salud Ambiental

El Director hizo la presentación del documento recordando que la idea de proponer un ambicioso plan de inversiones en salud y ambiente nace del resurgimiento del cólera en la Región, lo que evidenció algo por todos conocido pero que por consideraciones sociopolíticas quedaba oculto, y son las profundas deficiencias e insuficiencias en las condiciones de vida y particularmente en la infraestructura de salud y ambiente en la Región.

En la Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado, celebrada en Guadalajara, México, en julio de 1991, la Oficina presentó la idea sobre la elaboración de un plan de inversiones en salud y ambiente. La idea fue aceptada e incorporada en la declaración de esa Cumbre. Subsiguientemente, el Consejo Directivo aprobó en su XXXV Reunión la Resolución XVII en la que solicita al Director que prepare un plan a largo plazo de inversiones en salud y ambiente en colaboración con los Países Miembros y otras agencias de cooperación para responder a las necesidades de infraestructura en esos campos.

En cumplimiento a dicho mandato se creó un grupo de trabajo en la Oficina para elaborar un documento inicial de propuesta. Este sería sometido a la Segunda Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado, a celebrarse en Madrid en julio del año en curso. Si la Cumbre confirma la idea y aprueba el plan, se utilizaría ese documento como base para la colaboración y coordinación con otras organizaciones de cooperación, en particular los bancos multilaterales, y fundamentalmente para un trabajo a nivel nacional.

Complementariamente a este plan de inversiones se presentará a los presidentes en la Cumbre de Madrid una propuesta de constitución de un fondo especial de preinversiones para apoyar a las actividades de país en la preparación de proyectos que concretaría las propuestas del plan que se está proponiendo.

La decisión de si se incluye este punto en la agenda de Madrid será tomada en la reunión preparatoria que se realizará en esa capital el 18 y 19 de mayo próximo. Las indicaciones recibidas de varias cancillerías son favorables a que este asunto se convierta en uno de los cuatro temas, y probablemente en el tema central, de la agenda de la Cumbre. Se espera hacer una distribución amplia entre los diversos ministerios de la primera versión del documento y, con motivo de la Asamblea Mundial de la Salud, a celebrarse en Ginebra, se discutiría con los ministros de salud de la Región antes de someterlo a la reunión preparatoria antes mencionada.

En la primera propuesta que se hizo se estimó el costo del plan en US\$200 mil millones para un período de 12 años. Ahora, después de un análisis más detallado, se prevé que el plan puede muy bien realizarse con un gran insumo de los recursos internos del orden del 70 %, así como con otras fuentes de financiamiento externas del orden del 30 %.

Todo ello parece indicar que la propuesta es viable, y su factibilidad con base en esa viabilidad puede ser edificada si se da la voluntad política necesaria y a cuyo fin está comprometida la Oficina.

Discusión

Los miembros del Subcomité expresaron su apoyo unánime a la iniciativa que consideran como fundamental. Aunque reconocieron que el brote de cólera había servido de estímulo para la realización de algunas obras de emergencia estas no resolvían los problemas de fondo, como son la provisión de agua, la eliminación de excretas y la contaminación de cauces de agua.

Se indicó como muy completo tanto el documento de trabajo como la presentación hecha por la Secretaría. Asimismo, los miembros del Subcomité subrayaron lo imprescindible que resulta la voluntad política y que quizás el momento actual sea propicio para lograr ese compromiso. También se sugirió que aquellos países de la Región que no participen en la Cumbre a celebrarse en Madrid sean informados de lo sucedido en ella, así como de lo que pueda emanar de reuniones subregionales y en otros foros.

Se destacó el hecho que el documento toca en lo referente a lo que hay que realizar, el aspecto de qué es lo que existe ya y qué es lo que puede ser recuperado o reparado.

Se mencionó la necesidad de tratar de influir en los funcionarios de los bancos multilaterales que participan en esta iniciativa en el sentido de hacerles ver que las inversiones en actividades de salud y ambiente deben considerarse con criterios que no sean únicamente los del beneficio económico a corto plazo. Del grado de buena salud y ambiente depende en gran parte el tipo de sociedad que vivirá en el siglo XXI.

A la inquietud expresada por uno de los miembros sobre la competencia que se crearía con otros sectores en la demanda financiera, tanto nacional como externa, la Secretaría informó haber tomado en cuenta al hacer las estimaciones, las tendencias de

las dos décadas pasadas sobre lo realizado por los propios países en el financiamiento de inversiones en estos dos campos, así como los acuerdos tomados por el Banco Mundial de dedicar al menos el 25% de sus recursos a proyectos de tipo social. Esos fueron elementos de juicio que se utilizaron para llegar a la estimación y proporción de la inversión.

Se señaló que el plan es un marco de referencia, es el inicio de un proceso que va a corresponder a los países desarrollar. El plan no incorporará proyectos, sino que más bien señalará las áreas, los enfoques y el financiamiento total. El plan se desarrollará tomándose como un marco de referencia los planes nacionales de inversiones y en un conjunto de proyectos.

La Secretaría, en la conceptualización del modelo que le sirve de referencia, ha puesto atención particular en lo concerniente a la recuperación de costos, al problema del mantenimiento y la carga que significa para los países los costos recurrentes que se dan, entre otros, en el mantenimiento mencionado.

El Director señaló que el plan en el fondo es una estrategia para enfrentar los problemas básicos de infraestructura en salud y en ambiente directamente relacionados con las condiciones de vida de las poblaciones de América Latina y el Caribe. Implica una visión diferente de lo que es el proceso de desarrollo en América Latina, tanto en cuanto a su naturaleza como a las políticas específicas que lo instrumentan. El desarrollo no puede seguir siendo solo la repetición de las experiencias del pasado, básicamente identificadas con el crecimiento económico, sino que más bien tiene que poner ese crecimiento económico al servicio del bienestar de la población a través de una mayor equidad en la distribución de los beneficios que el mismo genere.

El plan expresa, y al mismo tiempo implica, un profundo cambio, una profunda reorientación en los sistemas y en los servicios de atención individual, así como en los servicios de atención al medio ambiente. Asimismo, indicó el Director, si se consigue viabilizar y factibilizar la propuesta en el plano político, en el técnico, en el operacional y en lo económico, se habrá creado un cauce para la labor de la Organización en los años venideros, consistentes con las orientaciones estratégicas aprobadas por la Conferencia Sanitaria Panamericana. Subrayó por último, coincidiendo con lo expresado por uno de los miembros, la importancia del trabajo de promoción política y la contribución que en ese sentido podrían aportar los gobiernos.

El Subcomité concluyó su debate sobre el tema recomendando a los gobiernos de la Región que aboguen en favor de la inclusión de este tema en la agenda de la Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado, a celebrarse en Madrid en julio del año en curso.

Tema 8: Salud de los pueblos indígenas

El Dr. José María Paganini (OSP), al presentar el tema, señaló que la propuesta sobre salud de los pueblos indígenas está enmarcado dentro de las orientaciones estratégicas y prioridades programáticas para el cuatrienio. Subrayó que los lineamientos de salud en el desarrollo, la participación social, la promoción de la salud, la descentralización, así como la solución a los problemas prioritarios son todos conceptos y líneas de acción aplicables a la población indígena de las Américas.

Al pasar revista al contexto histórico, político y socioeconómico de los pueblos indígenas, el Dr. Paganini apuntó al hecho de que estos ocupan los peldaños mas bajos en la escala socioeconómica de la Región. Se estima en un total de 42 millones la población autóctona de las Américas.

Es muy poco lo que se conoce específicamente sobre la situación de la salud indígena, por lo que se propone realizar un esfuerzo continental para recopilar y analizar la información sobre dicha situación así como sobre los servicios de salud interesados en la población indígena. Estima que la estrategia de descentralización y desarrollo de los SILOS puede ser un punto de apoyo a los esfuerzos locales de participación y organización adecuada a las necesidades especiales de esa población.

Informó del propósito de realizar un taller de ámbito hemisférico en 1993, con sede en Canadá, con la plena participación de los pueblos indígenas para analizar la situación y proponer líneas de acción conjuntas.

Discusión

Los miembros del Subcomité fueron unánimes en destacar la importancia del tema y en felicitar al Canadá por haber traído a colación este tema en ocasión de una anterior reunión del Subcomité. El relieve importante que ha dado la Organización a este asunto quedó patente con la asignación de fondos que le otorgó el Director a la celebración del taller.

Se destacó la intención de identificar a esta temática como una iniciativa y no como un programa o proyecto, ya que se prevé como un proceso que podría culminar en un plan de acción para una década en apoyo a las acciones presentes y futuras en beneficio de la salud y bienestar de la población indígena de las Américas.

Se consideró como aspecto muy importante en la forma de abordar esta iniciativa el contar con la participación activa, los señalamientos y la guía directa de los pueblos indígenas. Se enfatizó asimismo la gran necesidad en obtener toda la información posible

sobre los distintos grupos indígenas, así como la de prestar mucha atención a lo que dichos grupos puedan decirnos. Se debe fomentar la forma de buscar su contribución en cuanto a lo que están haciendo respecto al cuidado de su propia salud, ya que es mucho lo que se desconoce al respecto.

Se señaló como conveniente, en una primera instancia, el proceder sin mucha prisa con el fin de contar con la participación plena de los grupos interesados en los países, con los ministerios y con los Representantes de la OPS.

Se le ha dado el nombre de "taller" a la reunión prevista a celebrarse en 1993 expresamente para enfatizar la importancia de la discusión, el diálogo y el trabajo en grupo, del que puedan emanar recomendaciones de políticas así como estrategias dirigidas a cubrir las necesidades de la población indígena. Se manifestó que dicho taller es propicio a discutir las prácticas de salud de los pueblos indígenas con los organismos que se encargan de la salud, así como con otros organismos interesados en la temática.

Se indicó la necesidad de revisar y ampliar el concepto de Caribe Insular puesto que al mencionar los países que participarían en el taller no se hace mención Guyana y Suriname. Estos, al igual que el resto del Caribe Insular, desearían una participación activa en esta iniciativa.

Por otra parte, se indicó que el documento presentado podría enriquecerse con la inclusión de más datos, así como con algunos ejemplos. Se señaló que el problema de las estadísticas se complica aún más con el problema que surge de la autoidentificación racial que se dan los individuos.

Se reconoció, asimismo, la precaria situación social de estos grupos poblacionales que hace considerarlos entre los más vulnerables. La Organización debe enfrentar este problema conjuntamente con los Países Miembros en aras de lograr las voluntades políticas capaces de instrumentar medidas concretas que hagan que estos grupos pasen de ser de los más desprotegidos y vulnerables a grupos reconocidos y respetados que dispongan de las condiciones mínimas necesarias de salud para el desarrollo de sus vidas en el marco de sus culturas.

Se citó el ejemplo de México, donde existe un Instituto Nacional Indigenista dedicado específicamente a estudiar la temática en forma integral y vista en forma multisectorial tomando en consideración que este problema tiene antecedentes culturales y étnicos, así como otras características específicas.

Se sugirió considerar como fundamento a la conceptualización de este asunto el que no se trate solo desde el aspecto salud, sino que se integren otros como son el educativo, económico, etc. dentro del contexto del desarrollo. Asimismo, debiera hacerse una definición en relación a cuál sería la población a la que se enfocaría esta iniciativa, si es a aquella que no tiene acceso a los servicios de salud en general o a aquella que solamente carece de ella por razones culturales y étnicas.

El Subcomité estimó que los resultados del taller a celebrarse en Canadá en 1993 debieran llegar a ser conocidos por los Cuerpos Directivos de la Organización.

Tema 9: Democracia y salud

Al presentar la versión actualizada y ajustada del documento que fuera presentado a la 17a Reunión del SPP en diciembre pasado, el Dr. Vieira (OSP) resumió los factores que habían animado a la OPS a desarrollar este proyecto, así como los objetivos y conclusiones de las cuatro reuniones subregionales de parlamentarios promovidas en cooperación con la Organización de los Estados Americanos y con las que se dio inicio a la ejecución de esta iniciativa en 1990. Pasó revista a la evolución de la cooperación con los parlamentos desde esa fecha y en la que se incluyeron actividades a nivel nacional, subregional y regional.

Mencionó el Dr. Vieira algunos de los resultados positivos de la iniciativa como elementos de una evaluación preliminar, y se refirió a las perspectivas futuras en este campo.

Discusión

Uno de los miembros no encontró mucha diferencia entre el contenido del documento y el sometido a la reunión del SPP en diciembre de 1991. Preguntó cuáles serían los canales de comunicación que se utilizarían en las relaciones con los parlamentarios, las prioridades, el costo del programa, la asignación de fondos para llevarlo a cabo y el desarrollo de una metodología para evaluarlo.

Otro de los miembros opinó que el documento presentado, aunque quizás en forma no muy explícita, sí daba en cierta medida respuesta a las inquietudes señaladas por el orador anterior. Consideró la temática como una iniciativa de gran importancia puesto que el objetivo de la misma era que los parlamentarios tomen conciencia de que la salud es un tema al que deben darle la prioridad que amerita. Salud no es solo uno de los elementos básicos del desarrollo sino uno de sus objetivos. Debiera aprovecharse el momento histórico en el que se celebran reuniones de distintos grupos parlamentarios para concientizarlos sobre la temática.

El mismo miembro agradeció el que la Oficina haya tomado la iniciativa al respecto, y a título de información mencionó la reunión de la Comisión de Salud, Trabajo y Seguridad Social del Parlatino, en la que participaron 75 parlamentarios de 17 países de la Región y en la que se consideró toda una gama de temas relacionados con la salud, con lo que queda refrendado el interés de los parlamentarios sobre el tema y la validez de la iniciativa. Esa Comisión agradeció a la Organización el empeño puesto en lograr que el poder legislativo, en coordinación con el ejecutivo, participe en la formulación de la política de salud de la Región.

Uno de los miembros, al dar su opinión favorable a la iniciativa, señaló la conveniencia de que en una futura edición del documento de trabajo sobre esta cuestión se aclare y se haga la diferenciación entre los sistemas parlamentarios que se dan en el Caribe de habla inglesa y los de otros países de la Región, pues algunas de las dificultades señaladas podrían estribar en el entendimiento de esas dos modalidades legislativas.

La Secretaría respondió a los comentarios anteriores indicando que el informe presentado en su mayor proporción era una retrospectiva de lo acontecido más que un plan de acciones futuras. Con respecto al aspecto evaluativo, este se ha ceñido a la misma metodología y ha seguido el mismo mecanismo que los demás programas de la Organización, pero quizás en este caso particular debiera establecerse un mecanismo más específico. Mencionó, asimismo, que hasta la fecha los ministerios de salud se han mostrado muy satisfechos e incluso han participado en la actividad. Se reiteró que los fondos destinados a fomentar esta iniciativa son fondos regionales y no provienen de los asignados a los ministerios de salud.

El Director indicó que en base al consenso del Subcomité de someter este asunto a los Cuerpos Directivos de la Organización para su aprobación formal, la Secretaría añadiría al informe en discusión un documento-propuesta de actividades en el que se especifique exactamente los objetivos y resultados que se espera alcanzar, junto con los mecanismos de acción, detallando muy claramente el papel de la rama ejecutiva, en particular los ministerios de salud. Asimismo, se establecerá un proceso de monitoreo y evaluación para ser aplicado en el futuro.

Subrayó el Director que la Oficina considera esta actividad como de extraordinario valor tanto en el plano político como en el plano operacional, e incluso en el plano práctico de las discusiones internas a la hora de discutir los presupuestos y asignación de recursos al sector salud.

El consenso del Subcomité fue en el sentido de que una edición revisada del informe, junto con un documento-propuesta sobre esta iniciativa, sea presentado al Comité Ejecutivo y al Consejo Directivo para su aprobación.

Tema 10: Otros asuntos

El Subcomité decidió que sea su Presidente, o en su defecto el Vicepresidente o el Relator, quien presente el informe del Subcomité sobre sus actividades a la 109a Reunión del Comité Ejecutivo, a celebrarse en junio del año en curso.

Se sugirieron como posibles temas a incluirse en el programa de la próxima reunión del Subcomité los siguientes:

- Resultados sobre la evaluación de la cooperación técnica de la OPS/OMS en Cuba.
- Evaluación de un programa regional.

En relación a la fecha de la 19a Reunión del Subcomité, se sugirió que fuera a principios de diciembre del año en curso.



PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION

SPP18/FR (Esp.)
ANEXO



EXECUTIVE COMMITTEE OF THE DIRECTING COUNCIL

SUBCOMMITTEE ON PLANNING AND PROGRAMMING

18th Meeting
Washington, D.C., 8-10 April 1992

SPP18/2, Rev. 2
9 April 1992
9 abril 1992

LIST OF PARTICIPANTS
LISTA DE PARTICIPANTES

LIST OF PARTICIPANTS
LISTA DE PARTICIPANTES

ARGENTINA

Dr. Alberto J. Mazza
Secretario de Salud
Ministerio de Salud y Acción Social
Buenos Aires

BARBADOS

Hon. Branford M. Taitt
Minister of Health
Ministry of Health
Bridgetown

BRAZIL
BRASIL

Dr. Edmur Pastorello
Ministerio da Saúde
Brasília

CANADA

Mr. Edward M. Aiston
Unit Head
International Affairs Directorate
Policy, Planning and Information Branch
Department of National Health and Welfare
Ottawa, Ontario

CUBA

Dr. Ramón Prado Peraza
Director de Relaciones Internacionales, a.i.
Ministerio de Salud Pública
La Habana

Dr. Miguel Avila
Asesor, Dirección de Relaciones Internacionales
Ministerio de Salud Pública
La Habana

Ing. Pablo R. Rodríguez
Segundo Secretario
Oficina de Intereses de Cuba
Washington, D.C.

MEXICO

Dr. Federico Chávez Peón
Director de Asuntos Internacionales
Subsecretaría de Coordinación
y Desarrollo
Secretaría de Salud
México, D.F.

UNITED STATES OF AMERICA
ESTADOS UNIDOS DE AMERICA

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

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

Ms. Marlyn Kefauver
Associate Director for Bilateral Programs
Office of International Health
Department of Health and Human Services
Rockville, Maryland

PAN AMERICAN SANITARY BUREAU
OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

Secretary ex officio
Secretario ex officio

Dr. Carlyle Guerra de Macedo
Director

Advisers to the Director of the Pan American Sanitary Bureau
Asesores del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana

Dr. Robert F. Knouss
Deputy Director

Sir George O. Alleyne
Assistant Director

Mr. Thomas Tracy
Chief of Administration

Dr. Francisco López Antuñano
Area Director, Health Programs Development

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

Advisers to the Director of the Pan American Sanitary Bureau (cont.)
Asesores del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana (cont.)

Dr. José R. Teruel
Area Director, a.i., Health Systems Infrastructure

Mr. Mark L. Schneider
Acting Chief
Analysis and Strategic Planning Coordination

Dr. Daniel López Acuña
Senior Advisor on Program and Policy Development
Analysis and Strategic Planning Coordination

Dr. Antonio Carlos Campino
Health Policies Development

Ms. Carol Collado
Health Policies Development

Ms. Chantal Labelle
Health Policies Development

Dr. Sandra Land
Health Services Development

Mr. James A. Milam
Chief, Budget Office

Dr. José M. Paganini
Program Coordinator
Health Services Development

Dr. Sheila Robinson
PAHO Technical Representation - Canada
(President, Canadian Society for
International Health)

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

Advisers to the Director of the Pan American Sanitary Bureau (cont.)
Asesores del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana (cont.)

Mr. Chuck Shields
PAHO Technical Representation - Canada
(Executive Director, Canadian Society
for International Health)

Dr. César Vieira
Program Coordinator
Health Policies Development