

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD  
**SUBCOMITÉ DE PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN**

DEL COMITÉ EJECUTIVO DEL CONSEJO DIRECTIVO

*28.ª reunión, 3 y 4 de abril de 1997*

---

SPP28/FR (Esp.)  
4 abril 1997  
ORIGINAL: INGLÉS

**INFORME FINAL**

## CONTENIDO

	<i>Página</i>
<b><i>AUTORIDADES</i></b> .....	3
<b><i>APERTURA DE LA REUNIÓN</i></b> .....	3
<b><i>ADOPCIÓN DEL PROGRAMA DE TEMAS Y DEL PROGRAMA DE SESIONES</i></b> ....	4
<b><i>PRESENTACIÓN Y DEBATE DE LOS TEMAS</i></b> .....	4
<b><i>Enfermedades no transmisibles (documento SPP28/4)</i></b> .....	4
<b><i>Orientaciones estratégicas y programáticas, 1999-2002</i></b> .....	6
<b><i>Proyecto de presupuesto por programas de la Organización Panamericana de la Salud para el bienio 1998-1999 (documento SPP28/3)</i></b> .....	9
<b><i>Evaluación conjunta de la cooperación técnica de la OPS a nivel de país (documento SPP28/5)</i></b> .....	14
<b><i>Salud de los pueblos indígenas (documento SPP28/6)</i></b> .....	16
<b><i>Abastecimiento de agua y saneamiento (documento SPP28/7)</i></b> .....	18
<b><i>Otros asuntos</i></b> .....	20
<b><i>ANEXO A: PROGRAMA DE TEMAS</i></b> .....	22
<b><i>ANEXO B: LISTA DE DOCUMENTOS</i></b> .....	23
<b><i>ANEXO C: LISTA DE PARTICIPANTES</i></b> .....	1

## INFORME FINAL

La 28.<sup>a</sup> Reunión del Subcomité de Planificación y Programación del Comité Ejecutivo se celebró en la sede de la Organización Panamericana de la Salud, en Washington, D.C., el 3 y 4 de abril de 1997.

La reunión contó con la asistencia de los representantes de los siguientes miembros del Subcomité, elegidos por el Comité Ejecutivo: Bahamas, Colombia, El Salvador y Panamá; así como de los representantes de los siguientes países designados por el Director: Argentina, Brasil, Canadá, Chile y Estados Unidos de América. Los representantes de Cuba, Francia y el Uruguay asistieron como observadores.

## AUTORIDADES

Los Gobiernos Miembros elegidos como autoridades por el Subcomité en su 27.<sup>a</sup> reunión, celebrada en diciembre de 1996, siguieron desempeñando sus cargos.

<i>Presidenta:</i>	Panamá	Dra. Eneika de Samudio
<i>Vicepresidente:</i>	Chile	Dr. Fernando Muñoz Porras
<i>Relatora:</i>	Bahamas	Sra. Hannah Gray

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

## APERTURA DE LA REUNIÓN

El Director inauguró la reunión y dio la bienvenida a los participantes. Señaló que el Subcomité consideraría varios temas que eran cruciales para la vida y la labor de la Organización. Los temas de política programática del programa de temas incluían el proyecto de presupuesto, que marcaría la pauta de la labor de la Organización en el bienio 1998-1999, y las orientaciones estratégicas y programáticas para el período 1999-2002, que trazarían su derrotero para el próximo siglo. El Subcomité también examinaría varios temas programáticos importantes, incluidas las enfermedades no transmisibles y la salud de los pueblos indígenas. Respecto a esta última, observó que Dr. Norbert Prefontaine (Canadá), que había sido una persona clave en la Iniciativa sobre Salud de los Pueblos Indígenas, había fallecido recientemente y pidió a la delegación canadiense que comunicara a la familia y los colegas del Dr. Prefontaine el más sentido pésame de la Organización.

## **ADOPCIÓN DEL PROGRAMA DE TEMAS Y DEL PROGRAMA DE SESIONES**

(documentos SPP28/1, Rev. 1 y SPP28/WP/1)

En conformidad con el Artículo 10 del Reglamento Interno, el Subcomité adoptó el programa de temas y el programa de sesiones.

### **PRESENTACIÓN Y DEBATE DE LOS TEMAS**

#### ***Enfermedades no transmisibles (documento SPP28/4)***

El Dr. Franklin White (Coordinador, Programa de Enfermedades No Transmisibles, HCN) resumió el contenido del documento y las estrategias y prioridades del Programa. Presentó una serie de cifras, que ilustraron la importancia creciente que revisten las enfermedades no transmisibles (ENT) en la carga de morbilidad general en toda la Región, y esbozó las razones de este aumento. También mencionó varios mitos relativos a las enfermedades no transmisibles, y explicó por qué en realidad eran infundados.

El mandato del Programa era fortalecer la capacidad de la Organización para apoyar iniciativas concretas de prevención y control de enfermedades en los Estados Miembros. En consecuencia, procuraba apoyar la adopción, por parte de los Estados Miembros, de políticas, estrategias y programas factibles y eficaces en función de los costos para la prevención y el control de las ENT de mayor importancia en materia de salud pública. Los campos prioritarios de acción del Programa eran la vigilancia de enfermedades no transmisibles, la intervención contra los factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares, la detección del cáncer cervicouterino, la diabetes mellitus y la prevención de lesiones. Una de sus estrategias clave era el Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de las Enfermedades No Transmisibles, que se conoce por la sigla CARMEN, estrategia parecida a la iniciativa CINDI (Programa de Intervención Integrada de Alcance Nacional contra las Enfermedades No Transmisibles) de la OMS/EURO. Las propuestas y recomendaciones del Programa para la acción en el campo de las enfermedades no transmisibles incluían el establecimiento de prioridades y la toma de decisiones apoyándose en pruebas, estrategias contra las ENT basadas en los servicios de salud y coordinación interprogramática dentro de la Organización.

El Dr. Stephen Corber (Director, División de Prevención y Control de Enfermedades) dijo que el Programa se basaba en conocimientos biomédicos actuales. Según estos conocimientos, casi todas las ENT eran prevenibles o por lo menos se podían posponer, muchas eran reversibles y susceptibles de prevención secundaria con lo cual se reducían las complicaciones, las cuales imponían una carga onerosa a las personas, las familias y las comunidades, y también a los sistemas de asistencia sanitaria. Era importante darse cuenta de que los programas de prevención de ENT tenían una repercusión definitiva y real; pero, a

diferencia de lo que ocurría con otros programas, dicha repercusión tomaba más tiempo en manifestarse. Aunque la mayoría de los países tenían iniciativas de prevención y control de ENT, a menudo no estaban bien organizadas ni eran tan completas como era de esperarse. Se necesitaban programas que combinaran la prevención primaria, incluida la educación sanitaria y la promoción de la salud, con la prevención clínica. Por consiguiente, el HCN estaba tratando de ayudar a los países a determinar las ENT prioritarias en su contexto nacional, seleccionar las de mayor prioridad para prestar atención primaria, emprender análisis detallados de la situación de las enfermedades determinadas, y luego introducir proyectos piloto o de demostración de prevención y control de ENT.

El Subcomité felicitó al Dr. White por la minuciosidad y claridad del documento, el cual vinculaba información epidemiológica sólida con estrategias bien fundadas de prevención y control de ENT. Varios representantes mencionaron datos sobre la situación de las ENT y describieron la labor actual de prevención y control en sus países respectivos. Se recalcó la importancia de abordar los factores de riesgo para las ENT mediante las intervenciones de promoción de la salud y educación sanitaria. También se señaló que muchos de los factores de riesgo para estas enfermedades, en particular los relacionados con el comportamiento y el modo de vida, se originaban en la niñez y que por consiguiente las intervenciones educacionales debían empezar temprano. También se consideró esencial el adiestramiento y la educación de los profesionales sanitarios, incluida la difusión de información científica y técnica sobre la prevención clínica de las ENT. Se destacó la posible utilidad de instrumentos de diagnóstico y prevención de bajo costo, como la prueba de la proteína C reactiva y el tratamiento de las enfermedades cardiovasculares con ácido acetilsalicílico.

La prevención se calificó como la estrategia más eficaz en función de los costos para tratar las enfermedades no transmisibles, y el proyecto CARMEN se consideró como un sistema excelente de prevención. Se sugirió que el documento destacara el hecho de que parte del valor añadido del concepto de CARMEN era que proporcionaba una estrategia integrada que produciría ahorros en el diseño y la ejecución de programas y generaría un mayor potencial para la formación de alianzas. En este sentido, el Subcomité aplaudió la diligencia del Programa respecto a la movilización de recursos y al establecimiento de relaciones cooperativas con ONG y otros socios. Se observaron las dificultades que implica movilizar recursos para los programas de prevención de ENT, cuyos resultados no eran evidentes de inmediato. Se señaló que, tanto en la Organización como a nivel nacional, estos programas debían competir con otros que tenían más probabilidades de producir resultados tangibles en menos tiempo. Por consiguiente, las evaluaciones de las intervenciones de prevención de ENT debían centrarse en indicadores de proceso y no en indicadores de resultado. El HCN debía desempeñar un papel importante en la ayuda a los países para que formularan dichos indicadores.

Un representante sugirió que la expresión "enfermedades no transmisibles" podía ser engañosa, ya que abarcaba varias enfermedades que estaban fuera del ámbito del Programa. Se hicieron sugerencias concretas para mejorar el documento, entre ellas utilizar intervalos estadísticos en vez de cifras solas respecto a la eficacia de la prevención, tomar en cuenta las repercusiones del SIDA en las comparaciones de la carga de morbilidad proporcional atribuible

a las enfermedades infecciosas y no transmisibles, e incluir alguna información sobre la manera como las actividades de prevención de ENT encajan en el concepto de salud para todos. Por último, se recalcó que, de acuerdo con el compromiso de la Organización de lograr equidad para ambos sexos, el Programa debía incorporar una perspectiva de género, que debía reflejarse en el documento.

En respuesta a los comentarios relativos a la movilización y asignación de recursos, el Dr. White señaló que gran parte de la movilización que se necesitaba en todos los niveles tenía que ver con el establecimiento de prioridades y el examen de las asignaciones existentes. Se debían establecer prioridades y asignar recursos teniendo en cuenta la carga de morbilidad, la eficacia y efectividad de la prevención y la eficacia en función de los costos. También destacó que, si bien era cierto que los recursos monetarios eran cruciales, el desarrollo de los recursos humanos revestía la misma importancia. El funcionario estuvo plenamente de acuerdo en que la educación sanitaria era una estrategia clave para la prevención de ENT, y señaló que el Programa estaba colaborando con la División de Promoción y Protección de la Salud para diseñar y someter a prueba intervenciones de educación dirigidas a la población. Al mismo tiempo, estaba trabajando activamente para fortalecer las capacidades de prevención clínica y propugnando la aplicación de una estrategia basada en pruebas. En cuanto a la incorporación de una perspectiva de género, señaló que el Programa estaba trabajando con el Hospital de la Universidad de Mujeres (Toronto, Canadá), centro colaborador de la OMS en salud de la mujer, para formular enfoques que tengan en cuenta las particularidades de uno y otro sexo con miras a prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles.

El Director observó que, según los comentarios de los representantes, era obvio que el Programa estaba respondiendo a una necesidad de cooperación técnica que tenían muchos países. Respecto a la asignación de recursos, señaló que la Organización, a pesar de las graves limitaciones presupuestarias, había tratado de canalizar más recursos hacia el sector de las enfermedades no transmisibles, no solo mediante el establecimiento del Programa en 1995 sino mediante la adición de recursos en el bienio 1996-1997. Reconoció que "enfermedades no transmisibles" no era la expresión más exacta, pero afirmó que generalmente se consideraba la más apropiada para referirse al grupo de enfermedades y trastornos que son objeto del Programa. En cuanto a la potencialidad de nuevas técnicas preventivas, declaró que las investigaciones recientes sobre la utilidad de la proteína C reactiva como factor predictivo del infarto de miocardio y del ácido acetilsalicílico como agente preventivo ponían de relieve la necesidad de mantenerse al corriente de los resultados de las nuevas investigaciones y de considerar sus posibles aplicaciones en los programas de la Organización. Sin embargo, entre tanto era esencial aprovechar al máximo los instrumentos y estrategias de que se disponía actualmente.

### ***Orientaciones estratégicas y programáticas, 1999-2002***

El Dr. Germán Perdomo (Oficina de Análisis y Planificación Estratégica) presentó una propuesta metodológica para la formulación de las orientaciones estratégicas y programáticas

(OEP) que servirían para orientar la política de los países miembros y dirigir la labor de la Secretaría durante el cuatrienio 1999-2002. Las OEP se habían concebido para guiar las políticas de los países y la cooperación técnica de la Secretaría, y por consiguiente debían reflejar no solo la visión y misión de la Organización, sino también las necesidades generales y concretas de los países. Se procuró que los métodos propuestos por la Secretaría permitieran celebrar consultas en la mayor medida posible con los Gobiernos Miembros durante todo el proceso de elaboración de las OEP. Según dichos métodos, se prepararía un documento de análisis de la situación basado en la información que habitualmente recopila y analiza la Organización para la publicación *Las condiciones de salud en las Américas*, en las evaluaciones de la ejecución de la estrategia para lograr la salud para todos en el año 2000 y en la evaluación de la aplicación de las OEP para 1995-1998, así como en la información sobre la situación económica, política y social en la Región compilada por otros organismos. Este documento de análisis de la situación se distribuiría en agosto de 1997 a los países y a los miembros del personal de la OPS de la sede y de las oficinas de campo para que lo examinasen.

Después de examinar los comentarios y sugerencias presentados por los países y el personal de la OPS, la Secretaría redactaría otro documento con los componentes básicos de las OEP. Ese documento especificaría los principales problemas que afectan a la salud de la población de la Región, las metas que deben lograrse y las orientaciones estratégicas que guiarían la respuesta de la Organización a los problemas y las metas. También consideraría las políticas de salud mundial contenidas en el Noveno Programa General de Trabajo de la OMS. El documento de componentes básicos se sometería a la consideración de los países y el personal de la OPS en octubre de 1997. Tomando como base los comentarios, sugerencias y propuestas resultantes de dichas consultas, se redactaría un documento con las OEP propuestas para 1999-2002, el cual se presentaría a los Cuerpos Directivos para que lo consideraran. Primero, el Subcomité examinaría la propuesta en abril de 1998; luego pasaría al Comité Ejecutivo en junio, y posteriormente se presentaría a la Conferencia Sanitaria Panamericana para su aprobación en septiembre de 1998.

El Subcomité subrayó la importancia que reviste el proceso de elaboración de las OEP en el futuro de la Organización. Se consideró que los métodos propuestos constituían una base sólida para llevar a cabo las consultas necesarias y obtener un criterio colectivo. Se señaló que era esencial establecer desde un principio si las OEP eran reflejo colectivo de las prioridades para la Región o un instrumento para reflejar las prioridades programáticas de la Organización. A continuación, era necesario determinar cómo se establecerían las prioridades. Se debían formular criterios para ese fin. Entre los criterios se propusieron la prevalencia, carga de morbilidad, posibilidad de que los problemas fuesen susceptibles de acción internacional y la ventaja comparativa de la OPS para abordar los problemas especificados. También se señaló que las OEP deben ser previsoras, ya que era preciso no solo abordar las necesidades en materia de salud de la población sino también considerar las necesidades de las generaciones futuras.

Con respecto a la pregunta de si las OEP reflejaban las prioridades de los países o de la Secretaría, el Dr. Perdomo señaló que los objetivos de la OPS, que había sido establecida por

los países, no podían ser diferentes de los objetivos de estos. La Organización existía para la finalidad expresa de ayudar a los países a mejorar la salud y las condiciones de vida de sus habitantes. En el contexto actual de limitaciones financieras, era más importante que nunca iniciar un proceso serio de planificación con el fin de determinar cómo van a utilizarse los recursos nacionales e internacionales escasos para abordar los principales problemas sanitarios en la Región y procurar que la cooperación técnica proporcionada por la Organización en el próximo cuatrienio responda verdaderamente a las necesidades especificadas por los países. Sin embargo, no era posible fijar prioridades a nivel regional. En una Región tan diversa como la de las Américas, el proceso de establecimiento de prioridades tenía que realizarse a nivel nacional.

El Director señaló que, en el pasado, las orientaciones estratégicas y programáticas habían sido formuladas exclusivamente por la Secretaría y que luego se presentaban a los Cuerpos Directivos para su aprobación. Cuando se estableció el proceso de formulación de las OEP en el cuatrienio anterior, se procuró que las áreas prioritarias de acción seleccionadas representaran las prioridades globales de los países. Aunque evaluaciones posteriores revelaron que había bastante congruencia entre las áreas de trabajo establecidas en las OEP para 1995-1998 y la planificación y programación sanitaria de los países, la Secretaría consideró que los países no habían participado suficientemente en la fase de elaboración. Por consiguiente, se decidió emprender un proceso de consulta y deliberación amplias para hacer que desde un principio los países decidieran cuáles eran las principales áreas prioritarias en las que toda la Organización <sup>C</sup>los países y la Secretaría <sup>C</sup>trabajaría en el cuatrienio 1999-2002.

El establecimiento de prioridades a nivel nacional era la primera fase vital en el proceso para planificar y programar la cooperación técnica de la Organización. Recientemente, con el fin de establecer prioridades, varios países adoptaron un método promovido por el Banco Mundial: el uso de los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD). Sin embargo, el inconveniente principal de los AVAD era que no constituían un instrumento útil para determinar dónde yacían las inequidades. En el cuatrienio anterior, los países determinaron que el logro de la equidad era el objetivo principal de los esfuerzos dentro del marco de las OEP, y la Secretaría consideraba que la equidad seguía siendo la inquietud principal de la mayoría de los países de la Región.

La Secretaría había examinado toda la documentación de los Cuerpos Directivos de la OPS y la OMS relativa al establecimiento de prioridades para determinar cómo seleccionar de entre las prioridades establecidas por los países las que debían ser funciones programáticas regionales. Generalmente, se creía que los tipos de problemas que requerían un esfuerzo regional eran problemas de importancia para la salud pública, para los cuales existían intervenciones aceptadas que podían aplicarse globalmente. Por consiguiente, se determinó que lo ideal sería que las funciones programáticas regionales consistieran en promover el esfuerzo regional colectivo para atacar los problemas que se podían abordar mejor mediante una labor conjunta, dar apoyo selectivo para cubrir las necesidades de cooperación técnica del país, fomentar la cooperación entre los países y promover la formulación de políticas regionales en determinadas áreas.

El Director recalcó que dichas consideraciones debían guiar el proceso de elaboración de las OEP para el período 1999-2002. Se esperaba que mediante un proceso de diálogo y debate entre la Secretaría y los países sería posible determinar cuál era la inquietud principal de los países C que por el momento parecía ser cómo lograr la equidad en materia de salud C y luego determinar las principales áreas y líneas de trabajo que abordarían esa inquietud y determinar la forma en que la Secretaría proporcionaría cooperación técnica en dichas áreas.

En respuesta a los comentarios de uno de los representantes, quien señaló que los esfuerzos para lograr equidad debían ir a la par de los esfuerzos para lograr el uso eficaz de los recursos, el Director subrayó que la Secretaría no veía ninguna contradicción entre la equidad y la eficiencia y que estaba fuertemente comprometida a hacer que sus programas fuesen eficaces y eficientes.

### ***Proyecto de presupuesto por programas de la Organización Panamericana de la Salud para el bienio 1998-1999 (documento SPP28/3)***

El Director señaló que el documento del presupuesto preparado para el Subcomité era solo un bosquejo. El documento que se presentaría al Comité Ejecutivo contendría muchos más detalles sobre el proyecto de presupuesto por programas para el bienio 1998-1999. Luego, el Sr. Michael Usnick (Jefe de Presupuesto) resumió el contenido del documento y los cuadros adjuntos, que proporcionaban datos sobre las cantidades asignadas a diversas áreas y los aumentos y disminuciones relativos del financiamiento, así como información sobre la clasificación de programas y la distribución de los puestos por ubicación.

La propuesta general para el presupuesto ordinario de la OPS/OMS era de \$257.187.000, lo cual representaba un aumento de 3,5% durante el bienio, o un aumento anual de 1,75%. Ese aumento reflejaba los aumentos de costos obligatorios e inflacionarios de 5,9% unidos a las reducciones de programas de 2,4%. La parte de la OMS del proyecto era de \$82.986.000, aunque esa cifra estaba sujeta a la confirmación de la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 1997. La parte de la OPS ascendía a \$174.201.000, que se financiaría mediante \$162.501.000 de las cuotas de los Gobiernos Miembros y \$11.700.000 de los ingresos varios previstos. El aumento de las cuotas sería de 3,6% para el bienio, o sea, 1,77% anual.

El Sr. Usnick observó que los factores de aumento de costos usados en el cálculo del presupuesto eran bastante conservadores y que por ello la OPS absorbería aproximadamente \$3,5 millones en aumentos reales. También señaló que, en términos reales, el presupuesto ordinario de la OPS había descendido 19,3% desde 1986.

Tras los comentarios del Sr. Usnick, los directores de las cinco divisiones técnicas y del Programa Especial de Vacunas e Inmunización esbozaron las principales líneas de trabajo y los objetivos que debían perseguir los diversos programas en sus divisiones respectivas durante el

Los representantes felicitaron unánimemente a los directores de división y del Programa Especial por sus exposiciones detalladas e informativas y elogiaron al Director por haber reunido un equipo de gestión de tan alta categoría. Se resumen a continuación otros comentarios.

El Representante de los Estados Unidos señaló que su gobierno había iniciado gestiones para pagar los atrasos y cumplir con las obligaciones del año en curso con todas las organizaciones internacionales de las que formaba parte. Al mismo tiempo, estaba pidiendo a las organizaciones internacionales que adoptaran medidas que les permitieran alcanzar una posición financiera más sana y sostenible para fortalecer su seguridad económica, su eficacia y su capacidad de afrontar los retos del futuro. En consecuencia, su gobierno pedía una reducción de por lo menos 5% del presupuesto de 1996-1997. También estaba tratando de obtener una reducción semejante en el presupuesto de la OMS. Estados Unidos reconocía los grandes esfuerzos de la OPS para economizar, y opinaba que la OPS estaba realizando una labor excelente en un campo vital. Sin embargo, creía que la Organización podía seguir funcionando eficazmente con un presupuesto más reducido y que, mediante la planificación y gestión cuidadosas, y concentrándose en una gama menor de actividades, las funciones esenciales en la Sede y los programas técnicos en los países no saldrían perjudicados. El orador reiteró la opinión de su gobierno en el sentido de que la Organización debía concentrarse en las actividades para cuya realización estaba especialmente preparada. Respecto al programa propuesto, Estados Unidos recibía con beneplácito el hincapié que hacía la Organización en los resultados en materia de salud, que había sido evidente en las exposiciones de los directores de las divisiones. Sin embargo, en la reunión del Comité Ejecutivo que se celebraría en junio, su delegación esperaba recibir información más detallada sobre la asignación relativa de dinero a los programas y las razones para que algunas áreas recibieran mucho más que otras. Además, solicitó que la Secretaría presentara un presupuesto alternativo basado en una reducción de 5% para que los Gobiernos Miembros pudieran ver cómo podría aplicarse ese recorte presupuestario.

El Representante del Canadá dijo que su gobierno opinaba que debía haber un crecimiento nominal nulo en los presupuestos de todas las organizaciones internacionales de las que formaba parte, con lo cual no se tomaban en cuenta factores externos como la inflación o el aumento de sueldos reglamentario. Señaló que el gobierno canadiense también estaba aplicando una política de crecimiento nominal nulo en sus propios presupuestos y programas nacionales. Canadá reconocía que un crecimiento nominal nulo implicaba costos reales para las organizaciones y para los países que estas atendían. Por consiguiente, el Gobierno del Canadá veía con inquietud la propuesta de Estados Unidos de reducir el presupuesto en 5%. Era dudoso que se pudiera efectuar dicha reducción sin restringir significativamente los programas y sin disminuir la eficacia de la Organización. Con todo, Canadá sí estaba de acuerdo en que la OPS debía tratar de reducir la gama de sus actividades y concentrarse en las áreas en que podía tener la mayor repercusión. Su gobierno aceptaba el argumento de que, en algunos casos, incluso unos cuantos dólares que gastase la OPS en una actividad programática podrían tener

repercusiones significativas a nivel de país; sin embargo, teniendo en cuenta la situación financiera actual, la Organización debía considerar la posibilidad de obtener un mayor rendimiento de sus inversiones al concentrar sus recursos en menos esferas.

El Representante del Brasil dijo que su gobierno creía que una reducción presupuestaria de 5% pondría en peligro los programas y que se verían gravemente afectados los logros que la OPS había ayudado a obtener en materia de salud, reducción de la pobreza y desarrollo económico. También señaló que la labor de la Organización beneficiaba a todos los países de la Región, y no solo a los más pobres. A diferencia de otros organismos más grandes del sistema de las Naciones Unidas, que podrían absorber más fácilmente los recortes presupuestarios, la OPS se vería gravemente afectada por una reducción.

El Representante de El Salvador declaró que había observado personalmente los efectos beneficiosos de la labor de la OPS en su país, el cual estaba haciendo un gran esfuerzo para fortalecer la salud y la educación con miras a combatir la pobreza. La perspectiva de una reducción presupuestaria le parecía preocupante a su gobierno, ya que podría poner en peligro los extraordinarios logros que se habían obtenido en toda la Región durante el último siglo, particularmente en el control de enfermedades. Además, obstaculizaría la capacidad de la Organización de abordar las necesidades de grupos de población vulnerables. Se podrían obtener ahorros examinando el proyecto de presupuesto y tratando de usar con mayor eficacia los recursos, pero no se debía reducir el presupuesto. El Salvador consideraba que el aumento propuesto de 3,5% Cconsiderablemente inferior a la tasa de inflación de la mayoría de los paísesC era muy razonable.

El Representante de Chile elogió al Director y a sus colaboradores por sus esfuerzos para que el presupuesto y los procesos presupuestarios y de programación fuesen lo más transparentes posible. Su gobierno consideraba que la Secretaría había realizado un arduo esfuerzo para indicar cómo se estaban empleando los recursos y cómo se estaban estableciendo las prioridades. También había sido sensible a las inquietudes de los Cuerpos Directivos y se había mostrado muy dispuesta a efectuar las reducciones y los ajustes necesarios. Debido a esa transparencia, su gobierno consideraba que el proyecto de presupuesto era válido y apoyaba sin reservas el aumento de 3,5%.

El Representante de la Argentina dijo que a su gobierno le parecía bien fundado el proyecto de presupuesto y que no se opondría al aumento de 3,5%. La Argentina recomendaba que cualquier ajuste programático se hiciera con miras a fortalecer los programas que respondían más eficazmente a las necesidades de los países. Según la opinión de su gobierno, los programas que más se ajustaban a ese criterio eran los de la División de Promoción y Protección de la Salud y los de la División de Salud y Ambiente. Los demás programas también estaban realizando una labor importante, pero como la OPS se encontraba en la situación lamentable de tener que "administrar la pobreza", debía concentrar sus recursos limitados en los programas que tuviesen mayor repercusión en la salud y el bienestar de los habitantes de los países. La Organización también debía intensificar sus esfuerzos para promover la cooperación entre países.

El Representante de Colombia dijo que su gobierno no apoyaría ninguna reducción presupuestaria. Indiscutiblemente, una reducción perjudicaría las actividades de la Organización y disminuiría el efecto catalizador y multiplicador de dichas actividades a nivel de país.

La Representante de las Bahamas recalcó que las propuestas de reducción formuladas sin tener en cuenta la inflación eran injustas, particularmente si se consideraban los nobles esfuerzos de la Organización para contener los costos. Según la opinión de su gobierno, el personal de la Organización merecía muchos elogios por llevar a cabo una labor de tal magnitud y por realizar tanto a pesar de las severas limitaciones de recursos humanos y financieros. Bahamas consideraba realista el aumento de 3,5% y apoyaba el proyecto de presupuesto. En cuanto a las sugerencias de que los programas debían reducirse en algunos sectores y concentrarse en otros, la oradora señaló que incluso cantidades mínimas asignadas a algunas áreas programáticas podrían ser extraordinariamente importantes para los estados pequeños. La reducción o la eliminación de programas podrían dar la impresión de que la OPS estaba pasando por alto las cuestiones que eran de suma importancia para algunos países.

La Representante de México señaló que el aumento propuesto de 3,5% reflejaba las reducciones ya hechas en el presupuesto de la OPS. Sin dichas reducciones, el aumento de costos hubiera sido considerablemente mayor. Su gobierno apoyaba el proyecto de presupuesto, incluido el aumento de 3,5%.

La Representante de Panamá dijo que su gobierno apoyaba el proyecto de presupuesto. Aunque Panamá reconocía la necesidad de racionalizar los recursos, le parecía preocupante el recorte presupuestario propuesto de 5%, ya que tal reducción perjudicaría gravemente la capacidad de la Organización de abordar las necesidades de salud de los grupos vulnerables y en alto riesgo, y de desempeñar funciones vitales de salud pública como son la vigilancia de enfermedades y las actividades normativas.

El Representante de Cuba señaló que, según las intervenciones de los directores de las divisiones, muchos problemas de salud estaban pendientes de resolverse en todos los países americanos y que estos requerirían la ayuda de la OPS para abordarlos. Su gobierno apoyaba el aumento propuesto de 3,5%, aunque alentaba a la Secretaría a reexaminar el presupuesto y el programa propuestos antes de la reunión del Comité Ejecutivo que se celebraría en junio, con miras a conseguir la mayor eficiencia posible en la asignación de recursos y la utilización del personal de los programas.

El Representante de Francia dijo que su gobierno estaba satisfecho con los esfuerzos realizados por la OPS para economizar y mantener los aumentos de costos en un mínimo y, por consiguiente, apoyaba el aumento propuesto de 1,75% anual, o 3,5% para el bienio. Aunque Francia, como Estados Unidos, afrontaba dificultades financieras internas y estaba procurando reducir los gastos públicos, no podía apoyar una reducción presupuestaria. El Gobierno de Francia consideraba que los programas de salud pública eran cruciales para el futuro de la Región y también creía que la solidaridad Norte-Sur en las Américas era esencial.

El Representante del Uruguay expresó la esperanza de su gobierno de que la Organización encontrara una solución al problema del presupuesto que no implicara recortes de los programas eficaces que se estaban llevando a cabo en los países.

El Director agradeció a todos los representantes sus comentarios. Le complacía especialmente que se hubieran reconocido los esfuerzos de la Organización por que hubiese transparencia y por hacer hincapié en los resultados de salud. Él y los miembros del personal habían tratado continuamente de que la OPS fuese transparente en materia fiscal y programática y para que sus actividades produjeran un resultado notable en la salud y el bienestar de la gente de los países. También recibió con beneplácito los comentarios sobre la necesidad de fortalecer la cooperación entre los países y señaló que la cantidad asignada para esa finalidad en el proyecto de presupuesto había aumentado 100%. Dicho aumento reflejaba el enfoque panamericano, que, junto con la meta de lograr equidad, era uno de los principios orientadores de la Organización.

La Organización procuraba constantemente ser más eficiente y hacer más con menos. El Dr. Alleyne subrayó que la Secretaría era muy consciente de que la OPS no tenía capacidad para participar en todas las áreas ni responder a todas las solicitudes de cooperación técnica. Por consiguiente, buscaba la forma de concentrar sus esfuerzos, y a veces su capacidad de hacerlo radicaba en su capacidad de utilizar una asignación muy pequeña de fondos de la OPS para ejercer un efecto multiplicador en la obtención de fondos de otras fuentes. En ese respecto, el Dr. Alleyne estuvo plenamente de acuerdo con la Representante de las Bahamas de que una pequeña cantidad de dinero asignado a un programa o país determinado podía ser extraordinariamente importante.

Al elaborar el proyecto de presupuesto, la Secretaría emprendió un largo proceso de evaluación y consulta con los países. Examinó cuidadosamente las actividades de los programas a nivel regional y de país y consideró los resultados que se habían o no se habían logrado, para determinar qué áreas debían fortalecerse durante el bienio 1998-1999. La Secretaría también consultó con todos los países, porque era muy consciente de la necesidad de responder a las inquietudes de estos. Sin embargo, además de las necesidades de los países, había sido necesario tener en cuenta las prioridades establecidas por la OMS, de la cual formaba parte integral la OPS. Por consiguiente, el presupuesto se había formulado sobre la base de las prioridades determinadas por los países, tanto individual como colectivamente dentro de los Cuerpos Directivos, y las prioridades determinadas por la OMS. El Dr. Alleyne reconoció que en el documento preparado para el Subcomité era difícil ver cómo se asignaría el presupuesto por áreas programáticas concretas, pero indicó que el documento que se iba a presentar al Comité Ejecutivo sería mucho más completo.

En conclusión, el Director señaló que durante los años ochenta, cuando los países de la Región sufrían una grave crisis económica, cada bienio los Gobiernos Miembros habían aprobado aumentos de aproximadamente 13% en el presupuesto de la Organización. Parecía contradictorio que en tiempos difíciles los países decidieran aumentar su apoyo a la OPS, y que

cuando la mayoría de los países se estaban recuperando económicamente consideraran que ya no podían dar ese apoyo al presupuesto de la Organización. El Dr. Alleyne dijo que recientemente se le había comentado que esta situación era quizás una manifestación del fenómeno común que ocurría en las burocracias: la planificación del pasado. Instó a los Gobiernos a mirar hacia el futuro y a que trataran de colocar a la Organización en una posición que le permitiera afrontar los retos del próximo siglo, lo cual, recalcó, no podía realizarse si se reducía el presupuesto.

### ***Evaluación conjunta de la cooperación técnica de la OPS a nivel de país (documento SPP28/5)***

La Dra. Mirta Roses (Subdirectora, OPS) esbozó el contenido del documento, que describía las diversas modalidades que empleaba la OPS para evaluar las condiciones de salud en la Región y medir la eficacia y la repercusión de sus actividades de cooperación técnica, centrándose particularmente en las reuniones de evaluación conjunta (REC) que se habían celebrado en colaboración con las autoridades nacionales desde 1987 para evaluar la cooperación técnica de la OPS a nivel de país. En vista de las mejoras del Sistema de Planificación, Programación, Seguimiento y Evaluación de la Región de las Américas (AMPES), la Secretaría consideraba que había llegado el momento de modificar los procedimientos para efectuar las evaluaciones conjuntas con el fin de evitar duplicación de esfuerzos y recursos, reducir los costos y lograr una mayor eficiencia.

Conforme al nuevo proceso de evaluación, la programación se llevaría a cabo en un ciclo de dos años. Se eliminaría el Presupuesto Anual por Programas (APB) y se dejaría sólo el Presupuesto Bienal por Programas (BPB). Los actuales planes de trabajo cuatrimestrales serían reemplazados por los planes de trabajo semestrales. El AMPES generaría la información requerida para evaluar la cooperación técnica a nivel de país. Como se venía haciendo, las evaluaciones mismas se llevarían a cabo con las autoridades nacionales y otros actores que participasen en el proceso de cooperación técnica. Al incorporar la evaluación conjunta en el AMPES, se creía que sería posible mantener las mejoras logradas gracias a las REC en la programación y gestión de la cooperación técnica y, además, fortalecer la capacidad de liderazgo de los ministerios de salud, mejorar la coordinación intersectorial, aumentar la participación interinstitucional, promover la coordinación interinstitucional y dar mayor relieve a la función que desempeña la salud en el desarrollo humano sostenible.

El Subcomité apoyó los cambios propuestos para el proceso de evaluación. Se creía que reducirían la carga que soportaba el personal nacional y de la OPS y que producirían un sistema más flexible. El nuevo proceso también permitiría hacer evaluaciones con más regularidad y frecuencia que en el pasado. Varios representantes recalcaron que se necesitaba flexibilidad para adaptarse a los cambios y adaptar los métodos de evaluación a las condiciones diversas de los países. Se consideró que la promoción de la participación interinstitucional era un aspecto particularmente importante de la nueva modalidad de evaluación, y se subrayó la importante función de la OPS en el fomento de dicha participación. Se sugirió que, basándose

en las evaluaciones conjuntas, las autoridades nacionales y el Representante de la OPS/OMS presentaran un informe oficial al Director, en el que se detallaran las conclusiones de la evaluación y se esbozaran las expectativas sobre la cooperación técnica de la OPS en el próximo período de programación. Un representante señaló la necesidad de efectuar evaluaciones más amplias de varios países o subregionales, dado el aumento de la cooperación subregional en el contexto de las iniciativas de integración.

Diversos representantes describieron cómo se habían llevado a cabo las evaluaciones conjuntas en sus países y destacaron los resultados. Se pidió a la Secretaría que informara o aclarara más varios asuntos relacionados con la evaluación, entre los cuales figuraron los siguientes: las lecciones aprendidas de experiencias de evaluación pasadas, las características del nuevo plan de trabajo semestral, el nuevo sistema de evaluación del desempeño del personal mencionado en el documento, y el estado del proyecto de datos básicos.

Con respecto a las lecciones aprendidas de las evaluaciones conjuntas pasadas, la Dra. Roses dijo que una de las principales deficiencias reveladas por las REC había sido la falta de indicadores y sistemas de información adecuados. Lo aprendido había servido para mejorar muchos de los instrumentos de programación y evaluación que la OPS emplea habitualmente. También se había usado para elaborar el proyecto de datos básicos, que tenía la finalidad de mejorar las capacidades de gestión de la información de la Organización y permitir que esta trazara perfiles de los países que contuvieran información sobre las condiciones sanitarias. Las lecciones aprendidas de las evaluaciones también habían contribuido a que la cooperación de la Organización fuese más estratégica y menos fragmentada, y había fomentado la formación de alianzas mediante la participación de diversos actores que participaban en la cooperación internacional en el ámbito de país. En cuanto al plan de trabajo semestral, la Dra. Roses dijo que sería un plan operativo que serviría básicamente como mecanismo para hacer los ajustes necesarios en el cronograma y los componentes de los proyectos de cooperación técnica. Por lo que se refiere al estado de la iniciativa de datos básicos, dijo que se presentaría un informe al respecto en la reunión del Comité Ejecutivo que se celebraría en junio de 1997. Señaló que se habían sentado las bases para el sistema de datos básicos; la Secretaría ahora estaba buscando la forma de lograr un amplio acceso a la información.

El Director dijo que, desde el punto de vista de la Secretaría, las evaluaciones conjuntas habían dejado tres enseñanzas principales: 1) la necesidad de una estructura en los instrumentos de planificación y la necesidad de producir un cambio cultural para que todos en la Organización comprendieran la necesidad de hacer planes basándose en los resultados esperados; 2) la necesidad de tener paciencia, ya que tal cambio cultural tomaría tiempo; y 3) la necesidad absoluta de efectuar un seguimiento, porque si no se adoptaba ninguna medida como resultado de las evaluaciones, estas no se tomarían en serio. En cuanto al comentario sobre la función que desempeña la Organización en la promoción de la participación interinstitucional, señaló que la OPS necesitaba que los ministros de salud dieran su opinión sobre cómo podían participar otros organismos en las actividades relacionadas con la salud y cómo creían que la OPS podía facilitar esa participación. Por lo que se refiere a la nueva evaluación del desempeño del personal, dijo que estaba concebida para hacer un examen más objetivo del desempeño

basado en un contrato entre el funcionario y su supervisor, el cual especificaría lo que debía realizar el funcionario durante un período determinado. El Director subrayó que la evaluación se había concebido como instrumento para que el personal pudiera mejorar su desempeño. Se ofreció a preparar un informe más detallado sobre el tema para presentarlo en una reunión futura, si así lo deseaba el Subcomité.

### ***Salud de los pueblos indígenas (documento SPP28/6)***

La Dra. Sandra Land (Programa de Organización y Gestión de Sistemas de Salud) resumió el contenido del documento, en el que se describía la labor emprendida a nivel regional y de país en el marco de la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas, desde su inicio en 1993. Examinó las disposiciones de la resolución CD37.R5 y los cinco principios fundamentales que guían el trabajo en esta área, a saber: la necesidad de un enfoque holístico de la salud; el derecho a la autodeterminación de los pueblos indígenas; el derecho a la participación sistemática; el respeto por las culturas indígenas y su revitalización; y la reciprocidad en las relaciones. La funcionaria se refirió a continuación a los planes de trabajo emprendidos y esbozados para las actividades futuras dentro del contexto de cuatro imperativos clave: la detección y vigilancia de las diferencias étnicas en el estado de salud y la prestación de servicios, teniendo en cuenta el carácter multicultural de la mayoría de los países de la Región; la formación de capacidad indígena y el establecimiento de alianzas estratégicas; la promoción y el seguimiento de las actividades interprogramáticas a nivel de país; y la valoración de los sistemas y proveedores de servicios de salud tradicionales, logrando al mismo tiempo que los servicios de salud básicos tengan en cuenta las diferencias culturales.

El trabajo hasta entonces se había concentrado en las cinco áreas siguientes: 1) la formación de capacidad operativa y el establecimiento de alianzas; 2) el apoyo de procesos y proyectos nacionales y locales; 3) la identificación y movilización de recursos para los proyectos que se ocupan de problemas de salud prioritarios y satisfacer las necesidades de las poblaciones vulnerables; 4) el desarrollo y fortalecimiento de los sistemas de salud tradicionales; y 5) la coordinación y promoción de la difusión y el intercambio de información científica y técnica. La Dra. Land describió brevemente las actividades previstas para los próximos dos años conforme al Plan de Acción, 1995-1998. Específicamente, con respecto a la cuarta área de trabajo mencionada anteriormente, señaló que el centro de atención se ampliaría para incluir las cuestiones de organización y prestación de servicios de salud en las comunidades multiculturales. Se seguiría dando importancia al fortalecimiento de los sistemas de salud tradicionales, pero se prestaría más atención a la adaptación de los servicios de salud para satisfacer las necesidades de las comunidades indígenas y al adiestramiento de trabajadores sanitarios para que proporcionen una atención que tenga en cuenta las diferencias culturales.

La Dra. Land concluyó su intervención subrayando que la OPS consideraba que la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas era una oportunidad para demostrar que la Organización valora la diversidad y se toma muy en serio la búsqueda de la equidad, y para poner de relieve su compromiso con las metas del Decenio Internacional de las Poblaciones

## Indígenas del Mundo.

El Dr. Daniel López Acuña (Director, División de Sistemas y Servicios de Salud) señaló que no era sencillo abordar el problema de la salud indígena en las Américas, no solo por la diversidad derivada de las diferencias étnicas, sino también porque el problema se asociaba fuertemente con otros problemas relativos a la marginación social y económica de los grupos indígenas. Como resultado, los pueblos indígenas afrontaban enormes inequidades en cuanto a las condiciones de salud y el acceso a los servicios sanitarios. Por consiguiente, el enfoque de la Organización hacía hincapié en el respeto por la diversidad y en tener en cuenta consideraciones étnicas en las actividades relacionadas con la salud, al mismo tiempo que se procuraba reducir las inequidades. La OPS no trataba de responder directamente a las necesidades sanitarias de los pueblos indígenas, ni tenía la capacidad para ello; más bien, centraba su atención en apoyar a los países y en fortalecer su capacidad para atender dichas necesidades. Por lo tanto, instó a los países a dar su punto de vista a la Organización sobre la mejor forma de ayudarles a desarrollar su capacidad de mejorar la atención de salud de sus pueblos indígenas.

El Subcomité consideró que el documento presentaba un buen resumen de los adelantos logrados y de los retos y dificultades que planteaba la cuestión de la salud de los pueblos indígenas. Varios representantes señalaron que uno de los grandes problemas para facilitar el acceso a los servicios de salud a los grupos indígenas era su aislamiento geográfico. Muchos pueblos indígenas vivían en comunidades remotas, de difícil acceso y carecían de saneamiento básico y servicios de abastecimiento de agua, lo cual agravaba sus problemas de salud. También se señaló que los grupos indígenas eran objeto de marginación política, social y cultural, y que por consiguiente los esfuerzos debían dirigirse a mejorar sus aptitudes de promoción política de su causa, de negociación y de liderazgo.

Se recalcó la importancia del adiestramiento. Se consideró esencial sensibilizar a los profesionales de la salud respecto a los conocimientos, actitudes, creencias y prácticas de los pueblos indígenas para que pudieran proporcionar atención de alta calidad y culturalmente apropiada. También se consideró esencial incorporar la medicina tradicional y los enfoques interculturales de la asistencia sanitaria en los programas de estudios de las escuelas que forman personal sanitario. En este sentido, el Representante de Chile señaló que una universidad de su país recientemente había elaborado un programa sobre la gestión sanitaria local con un enfoque intercultural, y ofreció información sobre ese programa a los que estuviesen interesados. El adiestramiento y la incorporación de proveedores indígenas de asistencia sanitaria a los servicios de salud a nivel local también se consideró que era una estrategia imprescindible para mejorar la calidad de la atención y hacer que las poblaciones indígenas utilizaran más los servicios de salud.

Varios representantes describieron los criterios que se estaban adoptando respecto a la salud indígena dentro del marco de la reforma sanitaria de sus países. Algunos de ellos también mencionaron los talleres y simposios que se habían organizado a nivel nacional para reunir a los pueblos indígenas y a los funcionarios del sector sanitario para que exploraran posibles maneras

de abordar las necesidades en materia de salud de los primeros. Se destacó el valor del intercambio de experiencias, y se sugirió la posibilidad de formar grupos de líderes indígenas de diversos países para que trataran temas de salud de interés común. Se señaló que la OPS podría desempeñar una función importante para facilitar dichos intercambios.

Las orientaciones de la iniciativa y los planes para el trabajo futuro se consideraron bien fundados, aunque se señaló que la lista de actividades de cooperación técnica propuestas en el documento podían ser excesivamente ambiciosas, dados los recursos limitados del Programa. Se instó a la OPS a que mantuviera un criterio integrado de formación de asociaciones para la cooperación técnica en esta área y que continuara con sus actividades de producción y difusión de información. Se señaló que la información podría ser un poderoso instrumento para dar a conocer más la cuestión de la salud indígena y para promover políticamente la causa. También se alentó a la Organización a que continuara esforzándose en la formulación de políticas y legislación. En este sentido, se elogió a la OPS por haber firmado un convenio con el Parlamento Indígena para promover la atención legislativa a las cuestiones de salud indígena.

El Representante del Canadá agradeció al Director su reconocimiento de la labor del Dr. Norbert Prefontaine, y observó que la aportación singular de este había sido el poder ver el mundo desde el punto de vista de los demás. Los cinco principios que guiaban la iniciativa reflejaban en gran parte la visión del Dr. Prefontaine.

La Dra. Land señaló que el compromiso de los países con la salud de los pueblos indígenas se manifestaba claramente en los comentarios de los distintos representantes. Estuvo de acuerdo en que los intercambios de experiencias eran sumamente valiosos y dijo que la Organización apoyaba esos intercambios mediante la documentación de los métodos que habían tenido éxito, la difusión de información y la promoción de la cooperación técnica entre países. También señaló que, a nivel regional, la Organización había iniciado un programa de pasantía por el cual profesionales indígenas jóvenes trabajaban y recibían adiestramiento durante seis meses en la sede de la OPS. La Organización también prestaría cooperación técnica para efectuar encuestas de salud y condiciones de vida de los pueblos indígenas como un medio de detectar y vigilar las inequidades.

### ***Abastecimiento de agua y saneamiento (documento SPP28/7)***

El Sr. Horst Otterstetter (Director, División de Salud y Ambiente) presentó un resumen del documento y señaló que era, a su vez, resumen de un documento más extenso que estaba preparando su división. En lugar de pasar revista a las actividades de un programa, el documento informaba sobre el estado de la cobertura del abastecimiento de agua potable y del saneamiento en América Latina y el Caribe y sobre el progreso logrado con el Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud (PIAS). El funcionario presentó una serie de estadísticas que comparaban los niveles de cobertura notificados respecto a 1988 en la Evaluación del Decenio Internacional del Agua Potable y del Saneamiento Ambiental (1981-1990) con los determinados mediante una encuesta realizada en 1995. En términos generales, las cifras

indicaban que el aumento de la cobertura del abastecimiento de agua y saneamiento había sido mucho más lento que lo esperado, y en varios casos se había detectado una tendencia descendente preocupante. Las comparaciones de los datos sobre la cobertura del abastecimiento de agua y saneamiento y diversos indicadores de salud revelaban paralelismos sorprendentes entre los niveles de cobertura y las tasas de mortalidad infantil y la incidencia del cólera y otras enfermedades diarreicas, lo cual ponía de relieve la repercusión de estos factores ambientales en la salud.

Con respecto al progreso logrado con el PIAS, los cálculos indicaban que la inversión total en abastecimiento de agua y saneamiento había distado mucho de los niveles necesarios. En toda la Región, durante el período 1990-1995 solo se hizo aproximadamente una cuarta parte de la inversión necesaria.

En el documento se presentaban varias conclusiones y recomendaciones derivadas de la encuesta de 1995. El Sr. Otterstetter destacó las siguientes conclusiones: 1) los programas de abastecimiento de agua y saneamiento en América Latina y el Caribe no estaban avanzando a un ritmo que garantizaría el logro de la meta de cobertura universal en el año 2000 establecida por la Cumbre Mundial en favor de la Infancia; 2) el nivel de la inversión en el sector estaba por debajo del nivel necesario para lograr aumentos significativos o la cobertura total por estos servicios; y 3) los problemas que obstaculizaban el desarrollo del sector eran principalmente de organización e institucionales, y no tecnológicos. Se recomendó, entre otras cosas, que la OPS, en el contexto del PIAS, siguiera apoyando la reforma y la modernización del sector, incluidos los esfuerzos para descentralizar y privatizar los servicios de agua y saneamiento, que organizara una actividad regional para el seguimiento relativo a la Cumbre de Santa Cruz, y que promoviera un Plan Regional de Calidad del Agua Potable a los niveles políticos y técnicos más altos. Se instó a los gobiernos a acelerar sus esfuerzos para lograr las metas de agua y saneamiento establecidas en la Cumbre Mundial en favor de la Infancia y otros foros, y se alentó a los ministerios de salud a tomar el liderazgo para procurar que el acceso al agua salubre y la desinfección del agua constituyeran componentes integrales de los esfuerzos de sanidad preventiva.

A los miembros del Subcomité les pareció que el informe hacía un buen resumen de la situación general del agua y saneamiento en la Región e identificaba con exactitud los obstáculos al progreso. Se señaló, sin embargo, que el documento pudo haberse beneficiado de la inclusión de otra sección sobre la situación en el Caribe, lo cual hubiera sido un instrumento útil para fines de comparación y planificación. El Representante de México observó que la tasa de mortalidad infantil en su país era de 17,5, y no de 20, como se había indicado en la intervención.

Se recalcó que la mejora de los niveles de abastecimiento de agua y saneamiento era una cuestión de voluntad política y movilización de recursos financieros suficientes. También se señaló que la acción intersectorial era imperativa para lograr cualquier adelanto, y se hicieron preguntas en lo referente al grado de colaboración de la OPS con otros organismos e instituciones. Un representante observó que los países que ya habían logrado altos niveles de

cobertura a veces se encontraban ante el dilema de rendimientos decrecientes, ya que tratar de lograr la cobertura universal implicaría grandes inversiones de capital y aplicación de tecnología importada y costosa, pero no había ninguna garantía de que estas inversiones darían lugar a reducciones adicionales en la pequeña proporción de la población que seguía sin cobertura. Se sugirió que el informe podría mejorarse si se incluyeran recomendaciones más concretas relativas a las medidas que debían adoptarse para superar los obstáculos que se oponían a una mayor cobertura y si se diera una orientación más detallada sobre cómo podían aplicarse esas medidas. También se propuso que, ante la gama de obstáculos, la OPS haría bien en examinar algunas de sus líneas actuales de acción y centrarse en las más eficaces, como hacer hincapié en la tecnología de bajo costo y la promoción de la gestión comunitaria de los sistemas de abastecimiento de agua.

El Sr. Otterstetter aseguró a los miembros del Subcomité que sus comentarios y sugerencias se reflejarían en el documento definitivo sobre abastecimiento de agua y saneamiento en la Región. Ese documento también contendría un capítulo aparte sobre el Caribe. Agradeció a la Representante de México haber corregido la estadística de mortalidad infantil y los otros datos que había presentado acerca de la situación del abastecimiento de agua y el saneamiento en su país, y observó que el progreso de México en esta área ilustraba cuánto podría lograrse cuando había suficiente voluntad política. Estuvo de acuerdo en que la participación intersectorial y la colaboración con otros organismos eran sumamente importantes, ya que muchos sectores participaban en las cuestiones relacionadas con el abastecimiento y consumo de agua. Recalcó que su división consideraba que la participación comunitaria era una estrategia clave, no solo en el suministro de agua sino también en el mantenimiento o la recuperación de la calidad del agua potable.

### **Otros asuntos**

Se propusieron varios temas para su inclusión en el programa de futuras reuniones del Subcomité. El Representante del Canadá reiteró la opinión de su gobierno de que había llegado el momento de que la Organización emprendiera un gran esfuerzo en el campo de la prevención y el control del consumo de tabaco y solicitó que esta cuestión se incluyera en el programa de temas del Subcomité. El Representante de Chile sugirió que el Subcomité considerara el tema de la bioética, en particular con relación a la asignación de recursos de salud y la reforma del sector sanitario, y el de las huelgas en los servicios de salud (adaptación de los trabajadores de salud a las instituciones en transición). El Representante de la Argentina dio a conocer una solicitud del ministro de salud de su país en el sentido de que los Cuerpos Directivos de la Organización examinaran la cuestión de la clonación y su uso en la reproducción humana. La Argentina consideraba que era importante que la Organización adoptara una postura sobre este tema, que actualmente estaba debatiéndose en muchos países. El Representante del Brasil solicitó información sobre el uso que hacía la OPS de la Internet y otros medios de comunicación para difundir información sobre temas de salud y promover la participación de la población en la solución de problemas de salud.

El Director dijo que las decisiones en lo referente al programa de temas para la próxima reunión del Subcomité las tomaría el Comité Ejecutivo en su reunión de septiembre de 1997, y que recomendaría que se incluyera en el programa el tema del tabaco. En cuanto a la solicitud del ministro de salud de la Argentina, señaló que el tema de la clonación y la reproducción humana sería tratado por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 1997 y que se presentaría un informe sobre esos debates al Comité Ejecutivo de la OPS en junio de 1997.

En cuanto al enfoque de la OPS respecto a los medios de comunicación, el Director dijo que la Organización estaba procurando asociarse con los medios de comunicación para promover la causa de la salud. En el Caribe, por ejemplo, se había instituido un programa de premios otorgados a los medios de comunicación para tratar de estimular la atención prestada por estos a los temas de salud. La Organización también había empezado recientemente a publicar *Perspectivas de salud*, revista sobre iniciativas sanitarias en la Región presentes y pasadas. La OPS consideraba que la Internet no solo era un medio de difundir información acerca de la Organización misma, sino también un poderoso instrumento para la comunicación sobre temas de salud entre los países. Un posible uso importante para la Internet era la vigilancia de las enfermedades emergentes y reemergentes. Otro era el intercambio de información sobre preparativos y socorro en casos de desastre; la OPS tenía planeado copatrocinar una reunión sobre este último tema en noviembre de 1997.

Por último, el Director señaló que estaba en marcha la preparación del programa de temas para la próxima cumbre de los jefes de Estado de las Américas, a celebrarse en Santiago en marzo de 1998. La OPS estaba promoviendo la inclusión, en ese programa, de un tema relacionado con la salud. En el tema propuesto, "Tecnología de salud para vincular a las Américas", se examinarían diversas cuestiones relacionados con el uso de la tecnología en el campo de la salud, entre las cuales figuran las vacunas y la producción de vacunas, el uso de las comunicaciones para la salud, el uso de la tecnología para reducir los déficit en abastecimiento de agua y saneamiento, y la evaluación de la utilidad de las tecnologías sanitarias. El Director pidió a los representantes que alentaran a sus gobiernos respectivos a apoyar la inclusión de este tema en el temario de la cumbre.

El Dr. Alleyne agradeció a los representantes los comentarios y sugerencias constructivos que formularon durante la reunión, y subrayó que la Secretaría consideraba al Subcomité como un foro muy importante para planificar la labor y formular las políticas de la Organización.

## **ANEXO A: PROGRAMA DE TEMAS**

1. Apertura de la Reunión
2. Adopción del programa de temas y del programa de sesiones
3. Proyecto de Presupuesto por Programas de la Organización Panamericana de la Salud para el bienio 1998-1999
4. Enfermedades no transmisibles
5. Evaluación conjunta de la cooperación técnica de la OPS a nivel de país
6. Salud de los pueblos indígenas
7. Abastecimiento de agua y sanidad
8. Orientaciones estratégicas y programáticas, 1999-2002
9. Otros asuntos

## **ANEXO B: LISTA DE DOCUMENTOS**

### **Documentos de trabajo**

SPP28/1, Rev. 1	Programa de temas
SPP28/WP/1	Programa de sesiones
SPP28/3	Proyecto de Presupuesto por Programas de la Organización Panamericana de la Salud para el bienio 1998-1999
SPP28/4	Enfermedades no transmisibles
SPP28/5	Evaluación conjunta de la cooperación técnica de la OPS a nivel de país
SPP28/6	Salud de los pueblos indígenas
SPP28/7	Abastecimiento de agua y sanidad

### **Documentos de información**

Reglamento interno de reuniones del Subcomité de Planificación y Programación

Términos de referencia del Subcomité de Planificación y Programación

## **ANEXO C: LISTA DE PARTICIPANTES**

### **MEMBERS OF THE SUBCOMMITTEE MIEMBROS DEL SUBCOMITE**

#### **ARGENTINA**

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

Dra. Miguela Pico  
Asesora, Subsecretaría de Salud y  
Relaciones Institucionales  
Ministerio de Salud y Acción Social  
Buenos Aires

#### **BAHAMAS**

Mrs. Hannah Gray  
Director, Health Planning  
Ministry of Health  
Nassau

#### **BRAZIL**

#### **BRASIL**

Sr. Orlando Celso Timponi  
Consejero, Misión de Brasil ante la  
Organización de los Estados Americanos  
Washington, D.C.

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

CANADA

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

CHILE

Dr. Fernando Muñoz  
Subsecretario de Salud  
Ministerio de Salud  
Santiago

Dr. Alvaro Erazo  
Jefe, Gabinete del Subsecretario de Salud  
Ministerio de Salud  
Santiago

COLOMBIA

Dr. Guillermo Torres  
Director General de Planeación  
Dirección de Cooperación Internacional  
Ministerio de Salud  
Santafé de Bogotá

EL SALVADOR

Dr. Eduardo Interiano  
Ministro de Salud Pública  
y Asistencia Social  
Ministerio de Salud Pública  
y Asistencia Social  
San Salvador

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

MEXICO

Dr. Federico Ortiz Quesada  
Director General de Asuntos Internacionales  
Secretaría de Salud  
México, D.F.

Dra. Melba Muñoz Martelón  
Dirección General de Asuntos Internacionales  
Secretaría de Salud  
México, D.F.

PANAMA

Dra. Eneika de Samudio  
Secretaria General del Despacho  
de la Ministra de Salud  
Ministerio de Salud  
Ciudad de Panamá

UNITED STATES OF AMERICA  
ESTADOS UNIDOS DE AMERICA

Mrs. Linda Vogel  
Director, Office of International and  
Refugee Health  
Office of Public Health and Science  
Office of the Secretary  
Rockville, Maryland

SPP28/FR (Esp.)  
Anexo C

- 4 -

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

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

Mr. Richard S. Walling  
Director, Office of the Americas  
and the Middle East  
Office of Public Health and Science  
Office of the Secretary  
Rockville, Maryland

Ms. Mary Lou Valdez  
International Health Officer (Americas)  
U.S. Department of Health and Human Services  
Rockville, Maryland

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

Ms. Carol Dabbs  
Chief, Health, Population and Nutrition  
Bureau for Latin America and the Caribbean  
Agency for International Development  
Washington, D.C.

**OTHER MEMBER GOVERNMENTS**  
**OTROS GOBIERNOS MIEMBROS**

CUBA

Dr. Rene Ruiz Armas  
Director de Relaciones Internacionales  
Ministerio de Salud  
La Habana

Dr. Ramón Prado  
Consejero, Misión de Cuba  
ante las Naciones Unidas  
New York, N.Y.

Sr. Eddy Machado Alvarez  
Tercer Secretario de la Misión  
de Cuba ante las Naciones Unidas  
New York, N.Y.

Sr. Rafael Noriega  
Tercer Secretario  
Oficina de Interes de Cuba  
New York, N.Y.

FRANCE  
FRANCIA

M. Alain de Keghe  
Observateur permanent, a.i. de la France  
prés l'Organisation des Etats Américains  
et Représentant permanent, a.i., prés la CEPALC  
Washington, D.C.

**OTHER MEMBER GOVERNMENTS (cont.)**  
**OTROS GOBIERNOS MIEMBROS (cont.)**

URUGUAY

Sra. Susana Rosa  
Representante Alterno  
Misión de Uruguay ante la  
Organización de los Estados Americanos  
Washington, D.C.

**PAN AMERICAN SANITARY BUREAU  
OFICINA SANITARIA PANAMERICANA**

*Secretary ex officio of the Meeting  
Secretario ex officio de la Reunión*

Sir George Alleyne  
Director

*Advisers to the Director  
Asesores del Director*

Dr. David Brandling-Bennett  
Deputy Director

Dr. Mirta Roses  
Assistant Director

Mr. Thomas Tracy  
Chief of Administration

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

Mr. Horst Otterstetter  
Director, Division of Health and Environment

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

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

Dr. Joao Yunes  
Director, Division of Health Promotion and Protection

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

Dr. Irene Klinger  
Chief, Office of External Relations

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

*Advisers to the Director (cont.)*  
*Asesores del Director (cont.)*

*Technical Secretary*  
*Secretario Técnico*

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

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

Mr. César A. Portocarrero

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

Ms. Janice A. Barahona