



**ORGANIZACIÓN
PANAMERICANA
DE LA SALUD**



**ORGANIZACIÓN
MUNDIAL
DE LA SALUD**

118.ª Reunión
Washington, D.C.
Junio de 1996

Tema 3.1 del programa provisional

CE118/5 (Esp.)
10 abril 1996
ORIGINAL: ESPAÑOL

INFORME DEL SUBCOMITÉ DE PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN

El Subcomité de Planificación y Programación celebró dos reuniones durante el período transcurrido desde la última reunión del Comité Ejecutivo: la 25.ª Reunión los días 30 de noviembre y 1º de diciembre de 1995, y la 26.ª Reunión del 25 al 27 de marzo de 1996.

Durante la 25.ª Reunión, estuvieron presentes representantes de los siguientes miembros del Subcomité elegidos por el Comité Ejecutivo: Bolivia, Canadá y Uruguay. Por invitación del Director, asistieron los representantes de Brasil, Estados Unidos de América y Perú. Participaron como observadores Argentina y México. La Organización Mundial de la Salud también estuvo representada en la reunión, al igual que el Banco Mundial.

A la 26.ª Reunión, asistieron los representantes de los siguientes miembros del Subcomité elegidos por el Comité Ejecutivo: Bolivia, Canadá, El Salvador y Uruguay. Además, Brasil, Estados Unidos de América y Perú asistieron como miembros designados por el Director. Participaron como observadores Bahamas, Cuba, México y Francia.

Fueron electos como autoridades de la 25.ª y 26.ª Reuniones los representantes de Uruguay (como Presidente), de Bolivia (como Vicepresidente) y de Perú (como Relator).

Durante dichas reuniones el Subcomité discutió los temas siguientes:

1. Sistema Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud
2. Evaluación conjunta de la cooperación técnica de la OPS/OMS en Bolivia

3. Programa de Salud Pública Veterinaria de la OPS: Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA) y relaciones entre la OPS y el Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura (IICA)
4. Gestión de la información en la OPS
5. Programa de Alimentación y Nutrición de la OPS
6. Renovación de Salud para Todos
7. Progreso en la ejecución del plan regional de acción sobre violencia y salud
8. Evaluación de la cooperación técnica de la OPS en El Salvador
9. Evaluación de las Orientaciones Estratégicas y Programáticas para 1995-1998
10. Progreso en las actividades de reforma del sector salud
11. Progreso en la ejecución del Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud
12. Colaboración entre la OPS y las organizaciones no gubernamentales
13. Anteproyecto de presupuesto por programas de la Organización Mundial de la Salud para la Región de las Américas para el ejercicio económico 1998-1999
14. Examen de los términos de referencia y el reglamento interno del Subcomité de Planificación y Programación del Comité Ejecutivo
15. Otros asuntos

Se adjuntan los informes finales de las dos reuniones, que reflejan las deliberaciones del Subcomité sobre dichos temas. Asimismo, se anexa una revisión de los términos de referencia del Subcomité, para consideración y acción del Comité Ejecutivo. Esta propuesta actualiza las funciones y agrega la función de analizar las propuestas de orientaciones de políticas generales y específicas, así como el seguimiento de su cumplimiento. Además, separa los términos de referencia del reglamento interno, y propone la agilización de las actividades del Subcomité.

Anexos

**SUBCOMITÉ DE PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN DEL
COMITÉ EJECUTIVO: TÉRMINOS DE REFERENCIA**

PROPUESTA

Subcomité de Planificación y Programación del Comité Ejecutivo

Términos de referencia

1. Naturaleza

El Subcomité de Planificación y Programación es un cuerpo asesor auxiliar del Comité Ejecutivo.

2. Funciones

El Subcomité tendrá las siguientes funciones:

- 2.1 Asesorar al Comité Ejecutivo en los asuntos que le refiera este cuerpo directivo o por su propia iniciativa, en materia de:
 - 2.1.1 Las propuestas de orientaciones de política, generales y específicas de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y los informes correspondientes de seguimiento y evaluación;
 - 2.1.2 El proceso y la metodología para la planificación, la programación y la elaboración del presupuesto, incluidos la planificación y el desarrollo de los sistemas administrativos de la OPS;
 - 2.1.3 El proceso de cooperación técnica con los países, incluidas la vigilancia y la evaluación de los logros hacia la meta de salud para todos;
 - 2.1.4 Los informes de vigilancia sobre las condiciones de salud en las Américas y los factores económicos y sociales que influyen en las condiciones de salud y en el sector de la salud;
 - 2.1.5 Los programas especiales, haciendo hincapié en su formulación y evaluación.
- 2.2 Desempeñar cualquier otra función que le asigne el Comité Ejecutivo.
- 2.3 Informar al Comité Ejecutivo, en la reunión que se celebra en junio, sobre sus deliberaciones y presentar sus inquietudes y recomendaciones para que el Comité Ejecutivo tome las medidas que estime convenientes.

3. Composición del Subcomité y asistencia a sus reuniones

3.1 *Miembros*

El Subcomité constará de siete Estados Miembros: cuatro que elegirá el Comité Ejecutivo por mandatos que coincidan con la duración de su participación en el Comité Ejecutivo, y tres designados por el Director de la OPS, antes de cada reunión, según los temas específicos de esa reunión. Cada uno de los Estados Miembros elegidos tendrá derecho a designar a un representante en el Subcomité. Cada representante puede tener hasta dos suplentes.

Los nombres de los representantes y los suplentes se comunicarán al Director de la OPS por lo menos 15 días antes de la inauguración de la reunión.

Los gastos de los representantes de los miembros del Subcomité que asistan a las reuniones serán sufragados por la OPS, de conformidad con las normas y reglamentos que rigen tales gastos. Los gastos de los suplentes serán costeados por el Estado Miembro en cuestión.

3.2 *Observadores*

Los Estados Miembros no representados en el Subcomité y las instituciones invitadas podrán, por su propia cuenta, enviar a observadores, que estarán autorizados para participar en los debates del Subcomité.

4. Reuniones

El Subcomité normalmente celebrará dos reuniones ordinarias por año. A menos que el Comité Ejecutivo decida lo contrario, la primera de estas dos reuniones tendrá lugar después de la reunión del Consejo Directivo o de la Conferencia Sanitaria Panamericana y antes de la reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS, y la otra después de la reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS y antes de la reunión del Comité Ejecutivo de la OPS. Podrán celebrarse reuniones extraordinarias.

Las reuniones del Subcomité se celebrarán en la sede de la OPS en las fechas fijadas por el Director en consulta con el Comité Ejecutivo.

A menos que el Subcomité decida lo contrario, las reuniones serán públicas.

5. Cambios en el Subcomité

El Comité Ejecutivo, esporádicamente, someterá a examen especial el trabajo del Subcomité.

La naturaleza, composición, funciones y existencia del Subcomité podrán modificarse o terminarse mediante una resolución del Comité Ejecutivo.

CE118/5 (Esp.)
Anexo B

**SUBCOMITÉ DE PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN DEL
COMITÉ EJECUTIVO: INFORMES FINALES DE LAS
25.ª Y 26.ª REUNIONES**



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
COMITÉ EJECUTIVO DEL CONSEJO DIRECTIVO

25.ª REUNIÓN DEL SUBCOMITÉ DE PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN

Washington, D.C., 30 de noviembre al 1 de diciembre de 1995

SPP25/FR (Esp.)
1 diciembre 1995
ORIGINAL: ESPAÑOL

INFORME FINAL

CONTENIDO

Página

Apertura de la reunión	3
Mesa directiva	4
Programa de temas	5
Presentación y debate de los temas	5
Tema 4: Sistema Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud	5
Tema 5: Evaluación conjunta de la cooperación técnica de la OPS/OMS en Bolivia	8
Tema 6: Programa de Salud Pública Veterinaria de la OPS: Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA) y relaciones entre la OPS y el Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura (IICA)	13
Tema 7: Gestión de la información en la OPS	16
Tema 8: Programa de Alimentación y Nutrición de la OPS	23
Tema 9: Otros asuntos	27
Anexo: Lista de participantes	

INFORME FINAL

La 25ª 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., del 30 de noviembre al 1 de diciembre de 1995.

La reunión contó con la asistencia de representantes de los siguientes miembros del Subcomité elegidos por el Comité Ejecutivo: Bolivia, Canadá y Uruguay. También estuvieron presentes los representantes de los siguientes miembros: Brasil, Estados Unidos de América y Perú. Los representantes de la Argentina y México asistieron como observadores. La Organización Mundial de la Salud (OMS) también estuvo representada en la reunión, al igual que una organización intergubernamental, el Banco Mundial.

APERTURA DE LA REUNIÓN

El Dr. George A. O. Alleyne, Director de la OPS, inauguró la reunión y dio la bienvenida a los participantes, agradeciendo en especial a los observadores y representantes de la Organización Mundial de la Salud por su presencia. Destacó varias de las actividades en las que se ha centrado la Secretaría desde la XXXVIII Reunión del Consejo Directivo en septiembre de 1995, en particular sus esfuerzos por mejorar la comunicación y la eficiencia dentro de la Organización. Con este propósito, se han abierto nuevos canales de comunicación y se está tratando de que todo el personal comprenda la justificación de las decisiones tomadas por el personal directivo superior de la OPS. Además, se han analizado las funciones de las diversas unidades de la Organización, de los centros y de los sistemas para aumentar su eficiencia, como resultado se hicieron cambios en el funcionamiento de algunas unidades y otras se han eliminado o se van a eliminar. El Dr. Alleyne dijo al Subcomité que la Secretaría mantiene un proceso continuo de replanteo de su función en la prestación de la cooperación técnica y procura aclarar su nivel de interés gerencial para evitar expectativas falsas acerca de lo que puede hacer. Ese proceso también incluye la determinación de las medidas que los países están tomando en el área de la salud y cómo pueden cooperar entre ellos. Hizo notar que, como parte del proceso, se había realizado antes de la reunión del Subcomité una reunión sobre el tema de la cooperación técnica. El Director hizo hincapié en que todas las medidas que describió se habían tomado primero y ante todo porque tienen sentido desde el punto de vista gerencial y solo secundariamente porque la Organización se enfrenta con limitaciones financieras.

El Dr. Alleyne recaló que las orientaciones estratégicas y programáticas de la Organización (OEP) sirven de base para sus actividades de cooperación técnica. Mencionó tres áreas abarcadas por las OEP que se consideran particularmente

importantes. Una de ellas es la reforma del sector salud, que constituye un asunto de creciente interés para todos los países. La Secretaría está tratando, mediante diversas actividades, de determinar con precisión cómo puede apoyar mejor a los países en sus esfuerzos de reforma sanitaria. Otro aspecto importante es la salud en el desarrollo. La OPS está esforzándose por transmitir una perspectiva más amplia de la salud y por estimular la reflexión común entre los líderes políticos acerca de la importancia de la salud y sus repercusiones sobre el desarrollo general de un país. El tercer aspecto importante es el seguimiento que está haciendo la OPS de las recomendaciones emanadas de la Cumbre de las Américas, celebrada en Miami (Florida), en diciembre de 1994. El Dr. Alleyne hizo hincapié en que la OPS está seriamente dedicada a cumplir los compromisos que contrajo en la Cumbre.

En cuanto a la situación financiera actual de la OPS, el Director aseguró al Subcomité que, si bien es cierto que las dificultades financieras son una realidad que debe atenderse, estas no paralizarán a la Organización ni le impedirán llevar a cabo las actividades consideradas como fundamentales. Para resaltar los aspectos positivos, señaló que, a pesar de los problemas internos políticos y económicos en los países, la mayoría de ellos ha realizado un esfuerzo encomiable por pagar sus cuotas, y el nivel de recaudación es superior a los niveles de muchos años. Varios países han pagado la totalidad de sus cuotas, y solo tres de ellos no han efectuado ningún pago correspondiente a 1995. Sin embargo, a pesar de los recortes en el gasto y los ahorros proyectados, parece probable que, por primera vez en su historia, la Organización experimente un déficit de efectivo a finales del bienio 1994-1995. Como resultado, la OPS se verá obligada a rechazar algunas solicitudes de cooperación, independientemente de cuán loable puedan ser. Se darán mayores detalles sobre la situación financiera y las perspectivas para financiar los programas de la Organización al Subcomité en su 26ª Reunión.

MESA DIRECTIVA

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

El Subcomité eligió a las siguientes autoridades:

<i>Presidente:</i>	Uruguay	Dr. Alfredo Solari
<i>Vicepresidente:</i>	Bolivia	Dr. Javier Torres-Goitia Caballero
<i>Relator:</i>	Perú	Dr. Pablo Augusto Meloni

PROGRAMA DE TEMAS

En conformidad con el Artículo 10 del Reglamento Interno, el Subcomité adoptó el siguiente programa de temas:

1. Apertura de la reunión
2. Elección del presidente, el vicepresidente y el relator
3. Adopción del programa de temas y del programa de reuniones
4. Sistema Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud
5. Evaluación conjunta de la cooperación técnica de la OPS/OMS en Bolivia
6. Programa de Salud Pública Veterinaria de la OPS: Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA) y relaciones entre la OPS y el Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura (IICA)
7. Gestión de la información en la OPS
8. Programa de Alimentación y Nutrición de la OPS
9. Otros asuntos

PRESENTACIÓN Y DEBATE DE LOS TEMAS

Tema 4: Sistema Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud

Este tema fue introducido por la Dra. Celia Zaher, Directora del Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud (BIREME). La Dra. Zaher centró sus observaciones en el plan de acción para el Sistema Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud durante el período 1995-1998. BIREME es el principal centro coordinador para el Sistema, que se creó en 1992 y actualmente abarca 37 países y 602 bibliotecas o centros de documentación. Hay un centro coordinador nacional en cada país que es responsable de la red nacional. Los principios orientadores del sistema son la formación de nexos y la cooperación mediante el uso de metodología y terminología comunes, el intercambio de recursos, la división del trabajo y el adiestramiento. La meta es compartir el conocimiento científico, que

requiere tres elementos: vínculos de comunicación, adiestramiento para los usuarios y empleados, y tecnología de la información aplicada. Uno de los servicios más valiosos del Sistema es el de brindar acceso a los profesionales de la salud de la Región y de todo el mundo a la bibliografía relacionada con salud publicada en América Latina y el Caribe, por conducto de LILACS (Bibliografía Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud), MEDLINE (Bibliografía Médica Internacional) y otras bases de datos.

El objetivo del sistema en el futuro es avanzar hasta convertirse en una biblioteca médica virtual mediante el uso de medios electrónicos de acceso a la información y de tecnologías de transferencia, en especial de Internet y World Wide Web. El plan de acción para 1995-1998 incluye los siguientes objetivos y actividades: 1) consolidar el Sistema Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud mediante el desarrollo y el fortalecimiento de las redes y subredes nacionales especializadas en información en ciencias de la salud; 2) mayor acceso directo a las fuentes de información en ciencias de la salud mediante establecimiento de redes de áreas locales de computadoras dentro de los centros coordinadores nacionales, que permitirán a varios usuarios el acceso simultáneo a las bases de datos y otras fuentes de información en línea; 3) mayor control de la información en ciencias de la salud para acelerar el procesamiento y el ingreso de bibliografía científica nacional en la base de datos de LILACS mediante el perfeccionamiento de la indización, el procesamiento y las capacidades de producción y mejoras en la metodología de LILACS; 4) el desarrollo de recursos humanos y educación de los usuarios mediante cursos, conferencias y congresos nacionales y regionales de profesionales de información, así como programas de educación de usuarios; y 5) investigación y desarrollo, incluido el desarrollo de software para facilitar el uso de las bases de datos, metodología para producción y distribución de textos completos almacenados en CD-ROM o disponibles en Internet, metodología para difundir información en formato multimedios, y un estudio sobre la producción de bibliografía científica en América Latina y el Caribe.

Debate

El Subcomité elogió a la Dra. Zaher por su presentación y por su acertada dirección del Centro. Se puso de relieve la contribución vital del BIREME a la educación médica en la Región. Se hicieron varias preguntas relativas a las operaciones del Centro. Varias de ellas atinentes al grado de utilización del BIREME por las instituciones brasileñas y por las bibliotecas de fuera del Brasil, así como a los obstáculos que impiden la utilización más amplia de sus servicios. Otras preguntas se referían al presupuesto del Centro y a los cobros a los usuarios, a la recuperación de costos y a la posibilidad de que el BIREME pudiera volverse totalmente autosuficiente. Se señaló que los enormes adelantos en la tecnología de información han permitido que el individuo promedio tenga acceso directo a materiales que en los años sesenta, cuando se creó el Centro, solo podían utilizar las instituciones especializadas. En vista de ese hecho y

dadas las limitaciones financieras que actualmente experimenta la Organización, un representante preguntó si la existencia continua del BIREME como centro especializado de la Organización realmente podría justificarse. También se hizo una pregunta sobre la conveniencia de la ubicación del Centro en el Brasil en contraposición con Washington, D.C.

La Dra. Zaher señaló que el BIREME forma parte de una red descentralizada de información con centros coordinadores ubicados en todos los países. En ese sentido su ubicación física relativamente no tiene importancia. Sin embargo, salvo un centro en México, el BIREME es el único centro de MEDLARS (sistema de análisis y recuperación de literatura médica) para América Latina, y suministra a los usuarios de América Latina acceso a bajo costo a MEDLINE y a la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos. Además, el Centro desempeña una función fundamental para adiestrar a los bibliotecarios de toda la red en la gestión de la información y en la capacitación de los usuarios; de igual manera, brinda apoyo y orientación a las bibliotecas médicas de la Región. Por esas razones, la Dra. Zaher considera que la existencia continua del Centro está justificada.

En respuesta a las preguntas relativas a los usuarios del Centro, la Dra. Zaher dijo que la proporción más grande de ellos se encuentra en el Brasil y la gran mayoría son bibliotecas u otras instituciones, y no individuos, aunque el número de usuarios individuales está aumentando. Entre los obstáculos que impiden la generalización del uso de los recursos del Centro por individuos se encuentran la falta de acceso a Internet y el costo de efectuar búsquedas de información, que suele resultar prohibitivo para los investigadores individuales. En cuanto al financiamiento, dijo que la mayor parte de los recursos para el Sistema provienen del gobierno brasileño y de los usuarios de ese país. El Centro también obtiene ingresos significativos de los servicios contractuales y de asistencia técnica que presta, así como de la venta de productos. En lo que se refiere a la recuperación de costos, la Dra. Zaher hizo notar que en los últimos cuatro años el BIREME ya no depende exclusivamente de los donantes, puesto que vende sus servicios y productos para recuperar costos. Hasta las oficinas de los representantes de la OPS/OMS deben pagar una tarifa mínima por el servicio de LILACS en CD-ROM.

El Director dijo que, si bien a veces se piensa que el BIREME es una biblioteca, en realidad se trata de un centro para la cooperación técnica en materia de gestión y difusión de la información. Su función consiste en velar por que la información científica que necesitan los profesionales médicos, los educadores, los estudiantes y los investigadores de América Latina y el Caribe llegue a sus manos para que puedan aprovecharla eficazmente. El Dr. Alleyne considera que el Centro merece mucho crédito por su capacidad para cambiar de acuerdo a los tiempos y actualizar sus servicios en respuesta a las necesidades de sus usuarios. En cuanto a si la existencia continuada de BIREME está o no justificada, dijo que mientras no haya un organismo del sector

privado que pueda aportar la misma información y los servicios de cooperación técnica esenciales a un costo que esté al alcance de los países, el Centro debe seguir existiendo. Recalcó que la Secretaría no ve superposición entre las funciones del BIREME y las otras actividades de gestión de información de la Organización, que se describieron al Subcomité bajo el Punto 7. Finalmente, expresó la gratitud de la Organización al Gobierno del Brasil y a la Escuela Paulista de Medicina por el apoyo y las instalaciones que han proporcionado a BIREME.

Tema 5: Evaluación conjunta de la cooperación técnica de la OPS/OMS en Bolivia

La presentación de este tema estuvo a cargo del Dr. Javier Torres-Goitia Caballero, subsecretario de salud de Bolivia; del Dr. Carlos Linger, Representante de la OPS/OMS en Bolivia; y de la Dra. Aissatou Kone-Diabi, Subdirectora General de la OMS. El Dr. Linger empezó por examinar el procedimiento de evaluación que se había seguido y los resultados obtenidos en la evaluación conjunta, efectuada en mayo de 1995. Los objetivos eran evaluar la naturaleza y la calidad de la cooperación entre la OPS y el Gobierno y las instituciones de Bolivia y analizar hasta qué punto la cooperación técnica de la OPS coincide con las necesidades prioritarias identificadas por el país y con las estrategias y objetivos regionales y mundiales. La evaluación también buscaba determinar qué estrategias, objetivos y actividades deben reorientarse para satisfacer mejor las necesidades del país. El ejercicio de evaluación incluía una amplia gama de representantes del sector salud y de otros sectores en Bolivia, así como a representantes de organismos de cooperación bilateral y de organizaciones no gubernamentales (ONG). Constituyó una oportunidad de examinar no solo las actividades de la OPS en el país sino también de analizar y abordar las condiciones y los problemas sanitarios en Bolivia y examinar en qué forma los diversos organismos nacionales e internacionales interactúan en el campo de la salud pública en el país. En consecuencia, la evaluación generó información valiosa no solo acerca de lo que está haciendo la Organización en Bolivia, sino también acerca de las actividades de otros organismos de cooperación, las ONG y el sector público boliviano.

El Dr. Linger señaló que el Sistema de Planificación, Programación, Seguimiento y Evaluación de la Región de las Américas (AMPES) permite cuantificar las repercusiones de la cooperación de la OPS sobre las políticas y las condiciones de salud de los países. Por otra parte, la evaluación también buscaba determinar cómo ha contribuido la Organización, desde un punto de vista estratégico, al proceso de desarrollo nacional y, en particular, al desarrollo del sistema nacional de salud y del nuevo modelo de atención a la salud que está aplicando el gobierno.

Cuatro grupos de trabajo se reunieron para examinar cómo se están abordando en Bolivia los problemas prioritarios. Un grupo se dedicó a la salud materno-infantil y a las actividades que se llevan a cabo de conformidad con el Plan VIDA para el país, que es

un plan nacional orientado a reducir las altas tasas de mortalidad materna e infantil. Los otros grupos se dedicaron a las enfermedades transmisibles, al desarrollo de los servicios de salud y los recursos humanos. Los grupos eran multisectoriales y multidisciplinarios e incluían a representantes de diversos organismos de cooperación y ONG, así como funcionarios nacionales. Estos grupos hicieron algunas recomendaciones aplicables no solamente al trabajo de la OPS sino también al de otras organizaciones de cooperación representadas en las reuniones de evaluación.

Las conclusiones y recomendaciones finales de la evaluación se presentaron en el Documento SPP25/4. En términos generales, con la evaluación se determinó que las orientaciones estratégicas y programáticas de la Organización son congruentes con las principales políticas nacionales sobre desarrollo humano y participación popular y que la cooperación técnica de la OPS/OMS ha ayudado a efectuar mejoras en las cuatro áreas examinadas por los grupos de trabajo. Sin embargo, la coordinación con las diversas secretarías y departamentos del Ministerio de Desarrollo Humano y del Ministerio de Desarrollo Sostenible tienen que mejorarse, y la función coordinadora del Ministerio de Desarrollo Humano con respecto a los organismos internacionales de cooperación debe fortalecerse para así facilitar la ejecución de las políticas nacionales y racionalizar el uso de los recursos disponibles. La cooperación técnica en el futuro debe centrarse, principalmente, en apoyar la puesta en práctica del nuevo modelo de atención a la salud, que incluye el fortalecimiento de los recursos humanos, la promoción de la participación popular y el apoyo de la participación de nuevos actores sociales en el campo de la salud.

El Dr. Torres-Goitia destacó algunas de las formas en que la cooperación técnica de la OPS ha contribuido al desarrollo de la salud en Bolivia y describió las características resaltantes del nuevo modelo de atención de la salud que el país actualmente está llevando a la práctica. Dijo al Subcomité que poco después de la primera evaluación de la cooperación técnica de la OPS en Bolivia, efectuada en 1983, el país decidió emprender un proceso de fortalecimiento de la participación popular, que es un componente importante del nuevo modelo. La Organización, por conducto de sus representantes, ha desempeñado una función significativa en la ampliación de ese proceso. La OPS también efectuó una contribución fundamental a la erradicación de la poliomielitis en Bolivia. Además, la Organización está participando en el primer esfuerzo conjunto que realizan el Banco Mundial y el Gobierno de Bolivia para formular un proyecto de inversión en salud. Ese proyecto, que está actualmente en marcha, ya ha producido resultados muy positivos. Otro aspecto muy importante del trabajo de la Organización en Bolivia es el programa de cooperación intensificada que lleva a cabo la OMS en las ciudades de Tupiza, Alto y Viacha. La Dra. Kone-Diabi suministró al Subcomité información adicional sobre este último programa.

Con respecto al nuevo modelo de asistencia sanitaria, el Dr. Torres-Goitia dijo que su principal característica es un sistema nacional de salud descentralizado y

participatorio. El modelo tiene cuatro componentes básicos: atención de la salud, gestión de recursos humanos, gestión de los servicios de salud y estructura de los servicios. Los centros de salud a nivel local son la base que sustenta la red de servicios. Son apoyados por los hospitales a los niveles de atención secundaria y terciaria. El modelo de gestión hace hincapié en la participación popular, de conformidad con la ley sobre la participación popular vigente en Bolivia, que transfirió toda la responsabilidad de la infraestructura, el equipamiento y el mantenimiento de los servicios de salud a los gobiernos municipales, mientras que al gobierno central se asignó la responsabilidad de la formulación de las políticas de salud nacionales y de la supervisión de los recursos humanos. El gobierno municipal, el sector salud y representantes de la comunidad comparten la responsabilidad de administrar los servicios de salud a nivel municipal.

Bolivia ha adoptado un enfoque algo diferente a la descentralización del que han aplicado otros países. El Dr. Torres-Goitia lo describió como "descentralización por factores de producción". Según este enfoque, el control de la infraestructura de los tres niveles de la atención se ha transferido a los gobiernos municipales, pero los recursos humanos en los tres niveles siguen dependiendo de la autoridad de la Secretaría Nacional de Salud. Los recursos financieros para las actividades de atención de salud provienen tanto del nivel municipal como del nivel central. Como parte del proceso de descentralización, 20% de todos los ingresos fiscales nacionales se han asignado a los gobiernos municipales para la salud, la educación, la vivienda y otros servicios. Se han creado comités de vigilancia para supervisar el uso eficaz de estos recursos.

A nivel local se formuló un plan municipal sobre la base de las políticas de salud adoptadas a nivel nacional. Un aspecto sumamente importante del plan municipal de salud es el que se está elaborando con la participación activa de la comunidad local para que refleje las necesidades reales de las personas a quienes debe beneficiar. Al adoptar un enfoque a la atención de salud que no es estrictamente médico o curativo, sino multisectorial y abarca esfuerzos para mejorar la educación, el saneamiento, la productividad, el empleo y otros factores relacionados con la salud, el nuevo modelo de asistencia sanitaria da una aplicación práctica al concepto de desarrollo humano. Se prevé que la puesta en práctica del nuevo modelo de asistencia sanitaria, unida a la intensificación de las actividades de atención de salud y a la aplicación de políticas apropiadas sobre recursos humanos, administrativos y financieros, contribuirán a mejorar considerablemente la salud y todos los aspectos del desarrollo humano en un futuro relativamente cercano.

La Dra. Kone-Diabi describió el programa especial de la OMS de cooperación intensiva con los países menos desarrollados que está llevándose a cabo en todo el mundo. En la Región de las Américas, cinco países, incluido Bolivia, están tomando parte en el programa. La iniciativa de la OMS de cooperación intensificada con los países más necesitados fue lanzada por la Asamblea Mundial de la Salud en 1988,

cuando, 10 años después de Alma-Ata, se reconoció que la salud de la mayoría de los países y pueblos más pobres no solo no había mejorado sino que en ocasiones se estaba deteriorando. El objetivo de la iniciativa es dirigir la cooperación técnica de la OMS a la lucha contra la pobreza y sus consecuencias para la salud, mediante un enfoque particular para cada país que promueva la formación de capacidades.

En Bolivia, el programa de intensificación de la cooperación se ha dedicado principalmente al desarrollo de los sistemas locales de salud. El apoyo técnico necesario para este proceso lo ha prestado la oficina del Representante de la OPS/OMS en Bolivia. El programa también se ha centrado en el financiamiento de la salud aunque en menor grado. Una evaluación efectuada en mayo de 1995 en Tupiza, una de las ciudades destinatarias de la primera fase del programa, demostró claramente que desde el inicio del programa habían ocurrido mejoras en la gestión y en la prestación de la asistencia sanitaria en la mayoría de los distritos.

La Dra. Kone-Diabi indicó que en el futuro se plantearán dos retos importantes. El primero integrará las lecciones aprendidas, que van desde el desarrollo de sistemas locales de salud hasta la formulación de políticas nacionales, lo que ya ha ocurrido hasta cierto punto con la promulgación de la ley sobre participación popular y el diseño del nuevo modelo de atención de salud. El segundo reto es superar una cierta fragmentación del apoyo de la OMS, que se deriva de la estructura programática de la OMS. Esto puede comenzar a nivel de país mediante la promoción del trabajo en equipo y el diseño de instrumentos y mecanismos sencillos para mejorar la integración y la coherencia.

Concluyó haciendo notar que las recomendaciones y las conclusiones de la evaluación conjunta de la cooperación técnica de la OPS/OMS constituirá el marco estratégico para la próxima fase del programa de intensificación de la cooperación.

Debate

El Subcomité consideró que las exposiciones sobre este tema fueron muy detalladas y aportaron una visión clara de las políticas nacionales de salud de Bolivia y sobre la forma en que se están aplicando. Varios representantes señalaron que la experiencia de Bolivia en materia de descentralización y participación popular aportaría lecciones valiosas para los otros países. Se hicieron preguntas relativas al cronograma para la puesta en práctica del nuevo modelo de asistencia sanitaria, al enfoque que se adoptará y a la repercusión de la participación social en las esferas de atención médica y salud pública, y la manera de transmitir la información a los comités de vigilancia.

Con respecto a la evaluación conjunta, se señaló que el documento (SPP25/4) contenía poca información concreta acerca de los proyectos llevados a cabo, los resultados obtenidos, los recursos invertidos y otros detalles, tampoco se indica allí cómo

ha evolucionado la cooperación técnica de la Organización para ajustarse a los cambios que ocurren a lo largo de los años y reflejar las prioridades y las necesidades nacionales. Se hicieron varias preguntas acerca de cómo se están coordinando los programas de cooperación de la OPS y de la OMS para evitar la superposición y la duplicación de esfuerzos y acerca de qué pasos están dándose para mejorar la coordinación entre todos los diversos actores del sector salud, ya que la evaluación reveló que la ejecución de las políticas sanitarias se veía obstaculizada por la falta de coordinación. Un representante sugirió que las evaluaciones conjuntas de la cooperación técnica de la OPS/OMS con los países pueden ser herramientas útiles para los organismos bilaterales donantes y quizás deben compartirse con ellos.

El Dr. Torres-Goitia, respondiendo a la pregunta sobre el cronograma para la ejecución del nuevo modelo de atención de salud, observó que la transformación para pasar de un sistema vertical centralizado a un sistema descentralizado, horizontal y participatorio es una empresa descomunal, pero que los funcionarios bolivianos han previsto culminarla en agosto de 1997, cuando concluya el mandato del gobierno actual. Varios factores están facilitando la transformación, a saber, la existencia de leyes sobre descentralización y participación popular y el hecho de que tanto la población como el gobierno están entusiasmados con el nuevo modelo de asistencia sanitaria. En relación con la falta de coordinación entre los diversos actores en el campo de la salud, dijo que según el nuevo modelo las actividades de todas las ONG, los organismos de cooperación bilateral, las organizaciones internacionales de cooperación técnica y otros participantes se coordinarán a nivel municipal mediante negociaciones y convenios sobre las medidas que deben tomarse. Estuvo de acuerdo con la sugerencia de que las evaluaciones relativas a la cooperación de la OPS/OMS deben tratarse con organismos bilaterales, ya que esto también ayudaría a mejorar la coordinación. El Dr. Torres-Goitia recalcó que el gobierno boliviano está inmensamente agradecido por la cooperación que el país recibe de organismos multilaterales y bilaterales, y de organizaciones no gubernamentales, pero a la vez está firmemente convencido de que es necesario mejorar la coordinación entre ellos para evitar la duplicación de esfuerzos y velar por el mejor uso de los recursos.

En cuanto a la transmisión de la información a los comités de vigilancia, dijo que los datos serían recabados por los sistemas locales de información, lo que permitiría mejorar la vigilancia a corto plazo de algunos indicadores. Al mismo tiempo, sin embargo, el país está consolidando los sistemas de información a nivel central para poner la información al alcance de los niveles de formulación de políticas y toma de decisiones en el sector salud. En lo relativo a la naturaleza de la participación popular a diversos niveles del sistema de atención de salud, dijo que en los hospitales de nivel terciario, esta participación consiste principalmente en vigilar y ejercer el control social de los gastos y de la ejecución del presupuesto por el gobierno municipal. A nivel de la atención primaria, por otra parte, la participación popular toma la forma de cogestión mediante los procesos de planificación participativa.

El Dr. Linger dijo que el objetivo del documento presentado al Subcomité era exponer un resumen general de los resultados de la evaluación conjunta, que dio lugar a un informe extenso y detallado. Señaló que la evaluación tenía dos facetas: una es la evaluación del proceso de cooperación técnica y la otra es la evaluación de los productos de dicha cooperación. La evaluación del proceso indagaba cuáles eran los cambios que habían ocurrido en el sector salud en Bolivia en un período de siete años e intentaba medir los efectos que tuvo la cooperación técnica de la Organización en cuanto al proceso, lo que no resultó una tarea fácil. La evaluación de los productos, por otro lado, procuró medir la repercusión de la cooperación en términos cuantitativos, empleando el AMPES. Luego presentó una información más detallada de los datos que se habían recogido sobre una amplia gama de indicadores socioeconómicos y de salud, la cantidad de fondos ordinarios y extrapresupuestarios dedicados a las áreas examinadas por los cuatro grupos de trabajo y los resultados logrados, los documentos sobre diversos temas técnicos producidos por la OPS durante el período de evaluación y otros aspectos de la cooperación de la Organización. El informe completo está a la disposición de cualquier representante que desee consultarlo.

El Director recalcó que la Organización está trabajando arduamente para asegurar que sus actividades de cooperación técnica sean evaluables, lo que implica establecer una definición clara de los resultados esperados antes de que se inicien las actividades. Las mejoras que se han efectuado recientemente en el sistema de planificación y programación de la OPS se han orientado a mejorar su capacidad para determinar si se han logrado los resultados esperados. Estuvo de acuerdo en que probablemente sería beneficioso compartir los resultados de evaluaciones conjuntas de la cooperación de la OPS/OMS con organismos bilaterales y dijo que la Secretaría estudiaría la idea más a fondo. Con respecto a la coordinación de la cooperación intensificada de la OMS y los esfuerzos de la OPS, dijo que la OPS ha insistido en que debe haber un solo programa unificado de cooperación de la OPS/OMS con cada país. Las iniciativas y las actividades que se originan en las diversas divisiones y subdivisiones de la Organización deben incorporarse en el programa de cooperación general. En su opinión algunos de los resultados muy positivos que se han logrado en Bolivia y en otros sitios se deben a esa insistencia.

Tema 6: Programa de Salud Pública Veterinaria de la OPS: Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA) y relaciones entre la OPS y el Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura (IICA)

Este tema fue tratado por el Subcomité de conformidad con las solicitudes de la 116ª Reunión del Comité Ejecutivo y la XXXVIII Reunión del Consejo Directivo, que le pidió al Director que informara al Subcomité sobre los esfuerzos de la OPS para combatir la fiebre aftosa y sobre las responsabilidades respectivas de la OPS y el IICA en los ámbitos de control de la fiebre aftosa y salud pública veterinaria. El informe fue

presentado por el Dr. Primo Arámbulo, Coordinador del Programa de Salud Pública Veterinaria, que presentó la historia de la participación de la Organización en los esfuerzos de control de la fiebre aftosa desde 1950. En ese año, la Organización de los Estados Americanos (OEA) solicitó a la OPS que desarrollara un programa de control de la fiebre aftosa. El Director de la OPS a su vez buscó la colaboración del IICA para formular una propuesta conjunta para la creación de un centro panamericano especializado en combatir la enfermedad, como resultado de lo cual se creó PANAFTOSA en octubre de 1951.

En cuanto al financiamiento del Centro, el Dr. Arámbulo explicó que hasta 1967 PANAFTOSA había funcionado como un proyecto de asistencia técnica de la OEA, administrado por la OPS. En 1968, se instituyó un plan según el cual el Centro empezó a funcionar con un presupuesto ordinario financiado con las cuotas de los Gobiernos Miembros. En 1978, se pidió al Director de la OPS que estudiara la posibilidad de transferir la responsabilidad del PANAFTOSA a los organismos internacionales relacionados más directamente con agricultura, en especial al IICA. Los resultados de ese estudio se presentaron al Consejo Directivo de la OPS en 1983, en cuyo momento se pidió al Director que iniciara negociaciones con el IICA para firmar un convenio mediante el cual el Centro seguiría dependiendo de la OPS, pero el IICA participaría en sus actividades técnicas. El convenio propuesto se presentó al IICA a finales de 1983 pero, hasta la fecha, ese Instituto no ha respondido formalmente.

Sin embargo, el Consejo Interamericano de Agricultura del IICA, en su segunda reunión celebrada en 1983, concluyó que, en efecto, PANAFTOSA debía permanecer en la OPS, porque esta Organización está dotada con la infraestructura, la capacidad técnica y la experiencia necesarias para cooperar eficazmente con los países en el control y la erradicación de la fiebre aftosa. Más adelante en ese mismo año, el Consejo Directivo de la OPS ratificó la decisión de mantener al centro PANAFTOSA dentro de la Organización, y desde entonces la OPS ha seguido llevando a cabo las actividades de cooperación técnica correspondientes.

El Dr. Arámbulo observó que, gracias a los esfuerzos de la Organización llevados a cabo por intermedio del PANAFTOSA, la fiebre aftosa está a punto de ser erradicada de la Región, mientras que en otras regiones, incluidos Africa, Asia y el Medio Oriente, sigue siendo un problema grave. También señaló que mediante la cooperación con los países para la erradicación de la fiebre aftosa, la OPS ha contribuido al logro de uno de los objetivos básicos establecidos en el Código Sanitario Panamericano, principalmente eliminar "toda barrera o estorbo innecesario para el comercio y la comunicación internacional". Por lo tanto, mediante sus actividades de cooperación técnica en este ámbito, la Organización no solo ha ayudado a aumentar la cantidad de proteína de origen animal y por ende a mejorar la nutrición humana y la salud, sino que ha facilitado también el libre comercio, dando así a los países de la Región mayor acceso a los

mercados internacionales, lo que ayuda a mitigar la pobreza y contribuye a la estabilidad económica y social.

Debate

Se señaló que si bien el documento sobre este tema presenta un análisis detallado del programa de salud pública veterinaria de la OPS y de la relación de la Organización con el IICA, incluye pocos datos financieros, lo que hace difícil que el Subcomité pueda emitir juicios acerca del programa en su totalidad y sus diversos subcomponentes. Se reconocieron los logros en cuanto a erradicación de la fiebre aftosa y se hizo hincapié en que el valor del programa de control no se pone en duda. La cuestión es si la OPS, como organismo dedicado a la salud humana, debe pagar por ello, especialmente en vista del anuncio del Director de que la Organización tendrá un déficit a finales del bienio 1994-1995. Se sugirió que sería más apropiado que los que se benefician directamente con las actividades del Centro —como productores de ganado y otros del sector agrícola— financien aquellas actividades. En particular, se sugirió que una mayor parte de los costos debe trasladarse al sector privado, principalmente porque la Organización ya ha estudiado la posibilidad de transferir mayor responsabilidad financiera al IICA, pero esta última institución no ha dado una respuesta formal al convenio propuesto de 1983.

El Representante del Brasil, país anfitrión del PANAFTOSA, expresó el compromiso de su gobierno para brindar su apoyo total a la labor continua del Centro. Respaldo la sugerencia de que el sector privado podría aumentar sus aportes financieros al Centro, dado que redundaría en beneficio de los productores privados mantener la Región libre de la fiebre aftosa.

El Dr. Arámbulo hizo hincapié en que la Organización ha seguido trabajando en estrecha colaboración con el IICA, a pesar de que nunca se ha firmado el convenio de 1983. Además, la OPS colabora con casi todos los organismos que se ocupan de la salud animal en la Región, incluido el IICA, la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), la Organización Internacional Regional de Sanidad Agropecuaria (OIRSA) y la Oficina Internacional de Epizootias (OIE), por conducto del Grupo Internacional para la Coordinación de la Salud Animal (GICSA).

A solicitud del Director, el Dr. Vicente Astudillo, Director del PANAFTOSA, habló acerca de las posibilidades de participación del sector privado en el financiamiento de las actividades del Centro. Hizo notar que en los esfuerzos para controlar y erradicar la fiebre aftosa ha participado una amplia gama de actores sociales ajenos al sector agrícola, incluidos el sector salud, el de educación y las universidades, así como el sector privado. El sector privado ha desempeñado una función primordial en los éxitos logrados hasta la fecha para controlar la enfermedad y hay enormes posibilidades de una

mayor participación, especialmente debido a que el sector público de la Región sigue contrayéndose como consecuencia de las presiones económicas. El Dr. Astudillo también señaló que los esfuerzos de control de la fiebre aftosa no solo benefician a los productores pecuarios y a los exportadores sino que ayuda a mejorar la salud y la nutrición de toda la población. Además, en el Brasil, el programa de control ha ayudado a generar empleo para aproximadamente 7 millones de personas. En consecuencia, debe considerarse no simplemente como un programa relativo a la salud animal sino como un programa de promoción de la salud.

El Director de la OPS dijo al Subcomité que en sus conversaciones con presidentes y otros líderes políticos de alto nivel en los países —incluidos los de países en los que la fiebre aftosa todavía no es un problema, sino una amenaza— han manifestado reiteradamente la importancia que asignan al programa de control. Por ese motivo, dijo que ponía en duda que el retiro del apoyo financiero de la OPS al PANAFTOSA representara alguna ventaja para el presupuesto de la Organización, ya que consideraba improbable que los países estuviesen dispuestos a continuar haciendo los mismos aportes al presupuesto de la OPS, si la Organización dejara de ser responsable del PANAFTOSA. Además, el Director del IICA había indicado que el Instituto no está en capacidad de asumir la responsabilidad financiera del PANAFTOSA en este momento. En consecuencia, la Organización tiene dos opciones: puede insistir en la posibilidad de que otra institución asuma la responsabilidad del Centro, o puede tratar de que otros sectores aumenten sus insumos y su participación activa en las operaciones y financiamiento del Centro. El Director opinó que la última opción era la más aconsejable.

Hubo consenso entre los miembros del Subcomité en que la OPS debe examinar todas las opciones posibles para financiar el Centro. En particular, debe estudiarse la cuestión de una mayor participación del sector privado. El Subcomité recomendó que se presentara al Comité Ejecutivo un documento con todas las opciones.

El Director convino en que se prepararía un documento en el cual se volvería a analizar la cuestión de transferir el Centro a otro organismo, y se abordaría en mayor detalle la importancia de la fiebre aftosa para la salud y el bienestar general de los pueblos de la Región y hasta qué punto puede contribuir el sector privado.

Tema 7: Gestión de la información en la OPS

Este tema fue presentado por el Dr. David Brandling-Bennett, Director Adjunto de la OPS, y el Dr. Carlos Castillo Salgado, Coordinador del Programa de Análisis de la Situación de Salud (HDA). El Dr. Brandling-Bennett empezó por señalar que la Organización Panamericana de la Salud tiene un mandato constitucional para recabar y difundir información sobre las condiciones de salud y las actividades atinentes a la salud

que se llevan a cabo en la Región. Dijo al Subcomité que el Director ha hecho de la gestión de la información una actividad prioritaria y ha establecido el Comité sobre Sistemas de Información Computacional, cuyo propósito es formular estrategias para el empleo de las nuevas tecnologías de la información y coordinar el trabajo de las unidades interesadas. Luego describió algunas de las actividades que se están llevando a cabo con miras a satisfacer las necesidades de información internas y externas de la Organización.

Una de esas actividades consiste en establecer y mantener un perfil de las condiciones de salud y los servicios de salud en cada país, para lo cual cada una de las divisiones técnicas participará en la selección de los parámetros y en el suministro de datos. La responsabilidad definitiva de la organización del perfil y de su contenido corresponderá a HDA. Los perfiles los mantendrán las oficinas de país de la OPS/OMS, con apoyo de HDA. La Secretaría también se propone aprovechar al máximo los nuevos recursos electrónicos para las comunicaciones como Internet y World Wide Web. La OPS ha mantenido un gopher en Internet desde 1994 y recientemente ha establecido un sitio en la World Wide Web para difundir la información acerca de la Organización y sus actividades.

Para facilitar el acceso a las publicaciones de la Organización, la Oficina de Publicaciones y Servicios Editoriales (DBI) está en vías de establecer una red de centros de publicaciones en los países. Una fuente importante de información técnica y científica es el Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME), que se describió en detalle al Subcomité en el punto 4. La información acerca del programa de cooperación técnica de la OPS la suministra el Sistema de Planificación, Programación, Seguimiento y Evaluación de la Región de las Américas (AMPES), que fue examinado detalladamente por el Subcomité en su 24ª Reunión.

En cuanto a las funciones externas de la gestión de la información, un aspecto especial de la labor que realiza la OPS con los países es la mejora de los sistemas nacionales de salud, que tienen incontables necesidades de información. El Dr. Brandling-Bennett recalcó que la función de la Secretaría en esta esfera no consiste en ser el principal productor de los sistemas de información, ya que no tiene la capacidad para prestar los servicios necesarios de mantenimiento y desarrollo continuo; antes bien, la Secretaría se propone trabajar con los países y otros organismos en la selección de los sistemas más apropiados entre los que se encuentran actualmente en el mercado y asesorar sobre el desarrollo de sistemas especiales. La responsabilidad principal de esta función corresponde al Programa de Sistemas de Información (HSI).

El Dr. Castillo suministró información más concreta sobre las actividades de gestión de información que realiza la OPS, en particular sobre la labor del Programa de Análisis de la Situación de Salud y los esfuerzos que realiza la Secretaría en la compilación de perfiles de salud para los países. Esbozó las medidas que se han tomado

para promover la modernización y la mejora de los sistemas de información con miras a incrementar la capacidad de la OPS y de los países para vigilar los cambios en la situación de la salud y en la estructura de la población, ayudar a los gobiernos a identificar las necesidades no atendidas para que les sea posible formular políticas sanitarias más eficaces y evaluar los niveles de equidad y desarrollo humano alcanzados en la Región. El Dr. Castillo también subrayó la importancia de establecer y mantener una base de datos sobre información epidemiológica y sanitaria para apoyar las funciones internas de la Secretaría y mejorar la cooperación técnica que presta la Organización a los países.

Mencionó algunos de los instrumentos y recursos que emplea la Organización para el análisis de la situación sanitaria. Una fuente sumamente valiosa de información son las bases de datos que mantiene la Organización sobre población y mortalidad. Actualmente está en curso un proyecto que permitirá tener acceso a la información de las bases de datos de la OPS utilizando las computadoras personales; se prevé que dicho proyecto facilite enormemente el intercambio y el uso de la información. Otros recursos importantes son las siguientes publicaciones: *Las condiciones de salud en las Américas*, *Estadísticas de Salud de las Américas* y el *Boletín Epidemiológico*.

Otras actividades relacionadas con la gestión de la información en la OPS incluyen su colaboración en el proceso mundial de revisar los indicadores para vigilar el progreso hacia la meta de salud para todos y sus esfuerzos para contribuir a la décima revisión de la *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud* (CIE-10) y mejorar el registro de las estadísticas vitales en los países de la Región. La OPS también da respuestas individuales a numerosas solicitudes de información de los ministerios de salud, los institutos de investigación y las universidades.

En cuanto a los perfiles de país, el Dr. Castillo dijo al Subcomité que la Secretaría está trabajando para establecer un conjunto de datos básicos sobre la situación de la salud en cada país lo que le permitirá hacer planes y prestar la cooperación técnica de manera más eficiente, así como apoyar a los países a planificar servicios y programas de salud. El Director creó un grupo interprogramático de consulta que está preparando recomendaciones sobre el conjunto de datos básicos que mantendrán las oficinas de país de la OPS/OMS y los mecanismos para la recopilación y la difusión de dichos datos. Los datos básicos constarán de la información mínima necesaria para caracterizar la situación de la salud en cada país e identificar los problemas que se atenderán mediante la cooperación técnica de la Organización. En consecuencia, esos datos básicos incluirán información sobre la demografía, el contexto socioeconómico en el cual se presta la cooperación de la Organización, la mortalidad y la morbilidad, así como la cobertura de los recursos y servicios de salud. Los datos se actualizarán cada seis meses, cada año o cada dos años, dependiendo del tipo de estadísticas en cuestión. La recopilación de

estos datos básicos no solo contribuirá a la compilación de los perfiles de país sino que también facilitará y reducirá la duplicación de esfuerzos en la vigilancia de los indicadores asociados con la iniciativa de salud para todos, la Cumbre Mundial en favor de la Infancia y otros 27 mandatos de los Cuerpos Directivos de la Organización.

Una innovación importante en el ámbito de la gestión de la información es la implementación de los sistemas de información geográfica, que son sistemas computadorizados que permiten analizar y visualizar la información que contiene datos geográficos, lo que a su vez facilita el trazado de gráficos sobre la situación de la salud y la caracterización de los perfiles epidemiológico de riesgo a los niveles regional, nacional, departamental y local. Estos sistemas permiten orientar las intervenciones a las zonas de riesgo más alto y por lo tanto, lograr las mayores repercusiones.

Debate

El Subcomité elogió a la Secretaría por el liderazgo demostrado en la utilización de las nuevas tecnologías para mejorar la gestión de la información en la Organización. Se señaló que al asignar mayor importancia a la recopilación y difusión de la información representa, en un sentido, un retorno a los fines para los cuales fue establecida originalmente la Organización. Varios representantes consideran que la experiencia de la OPS servirá como estímulo y modelo para los países que procuran mejorar sus propias capacidades de gestión de la información. Uno de los representantes señaló que la Secretaría podría preparar una guía breve sobre las nuevas tecnologías y recursos de información para ayudar a los funcionarios nacionales a seleccionar aquellos que sean más apropiados para sus fines concretos.

Varios de los participantes hicieron hincapié en el valor de las actividades de la OPS en la esfera de la vigilancia epidemiológica y de las enfermedades. En este sentido, se señaló que en esta era de las comunicaciones instantáneas, es sumamente importante contar con sistemas avanzados capaces de recabar y difundir información sobre sucesos relacionados con la salud, especialmente brotes de enfermedades y epidemias, a medida que ocurren. Con el aumento de los vínculos comerciales entre los países, las instituciones de salud pública tienen necesidad de desarrollar capacidades de difusión rápida de la información para presentar información objetiva sobre hechos que pueden influir en el comercio o la actividad turística y corregir información inexacta o engañosa que puede haber sido transmitida por los medios de comunicación. Se instó a la OPS a que actúe con celeridad para establecer un sistema de información por computadora para conectar a las principales instituciones de salud pública, especialmente los laboratorios, de toda la Región en una red que pueda proporcionar al público, así como a funcionarios del gobierno y a la comunidad empresarial de los Estados Miembros información oportuna y confiable.

Se subrayó, sin embargo, que el valor de un sistema de información reside en su utilidad como guía para la toma de decisiones. En consecuencia, al escoger las nuevas tecnologías de la información, la Organización debe interesarse principalmente en determinar si la información recabada se está empleando de manera extensa y eficaz de tal forma que justifique el costo de generarla. Varios representantes señalaron los inconvenientes que acarrea la utilización de datos sin desglosar, que no reflejan la realidad en lugares concretos.

Se hizo hincapié en que es esencial fortalecer las entidades que recogen los datos localmente, ya que las dificultades en la generación de la información a nivel local se reflejarán en la calidad de los datos transmitidos a nivel nacional, regional y mundial. También es esencial que la información sea comparable y homogénea para que pueda ser empleada por el personal sanitario a todos los niveles y en todos los países. En los países suele haber una falta de personal debidamente capacitado que pueda interpretar los datos producidos por los sistemas de información y aplicarlos a la toma de decisiones que induzcan cambios positivos en las condiciones locales de salud. Por lo tanto, es necesario asignar mayor importancia al adiestramiento a nivel nacional y local.

En cuanto a los perfiles de salud de los países, un representante señaló que la oficina regional europea de la OMS (EURO) también está preparando perfiles de país y expresó la esperanza de que la OPS coordine sus esfuerzos con los de EURO para elaborar perfiles compatibles en cuanto al formato y la clase de información presentada. Otro representante sugirió que debe instarse a todas las regiones de la OMS a preparar perfiles de país similares para que haya información oportuna y uniforme en todas las regiones de la OMS. En cuanto a los datos básicos que se recogerán en cada país, se señaló que los países difieren en cuestiones de desarrollo socioeconómico y de salud y en consecuencia, su capacidad de generar los datos principales también diferirá. Hay que tener presente la relación costo/beneficio de producir los datos y debe haber alguna flexibilidad en cuanto al tipo de información que se va a recabar. Se mencionó una iniciativa reciente llevada a cabo en la región a lo largo de la frontera entre México y los Estados Unidos como buen ejemplo de la forma en que los países pueden colaborar para recoger los datos y preparar perfiles epidemiológicos de las zonas fronterizas, que luego puedan incorporarse en la información que se suministrará a todos los países por conducto de la OPS.

Fueron muy bien acogidos los esfuerzos del Director para coordinar e integrar la recopilación de información dentro de la Organización, porque ello tienden a reducir la carga en los países, ya que a menudo se les pide responder a múltiples solicitudes de datos provenientes de diversas unidades de la OPS así como de otras organizaciones. Con relación al tipo de información que se está recabando en la Región, se sugirió que la Organización y los Estados Miembros individuales deben centrarse más en el tema de la inversión en salud y que debe ser más cercana la colaboración con el Banco

Interamericano de Desarrollo, el Banco Mundial y otros organismos financieros en la vigilancia y evaluación de las repercusiones que tiene la inversión sobre las condiciones de salud en los países.

Se formularon preguntas relativas a los siguientes asuntos: la red de centros de publicación de la OPS y su funcionamiento, consecuencias que tendrá el uso del Internet por la Organización para difundir sus publicaciones, producción de publicaciones impresas y posibles reducciones de costo.

En respuesta a los comentarios del Subcomité, el Dr. Brandling-Bennett dijo que el Director y el personal de la Secretaría están firmemente convencidos de que la recopilación y la gestión de la información deben utilizarse para apoyar la toma de decisiones. La información no debe registrarse simplemente para fines históricos. En cuanto al costo de recabar los datos básicos y el tipo de información que va a recopilarse señaló que los costos variarán dependiendo de la información; la Secretaría propuso recabar un conjunto común de datos básicos, que la mayoría de los países seguramente tienen y que sería complementado por otra información que puede resultar útil en casos concretos. Estuvo de acuerdo con la necesidad de contar con sistemas avanzados de información que permitan la notificación rápida, y agregó que los brotes del virus Ébola en el Zaire, de encefalitis equina en Venezuela, de leptospirosis en Honduras y otros sucesos recientes habían puesto de relieve la necesidad de difundir rápidamente la información y de permitir que los países la intercambien con miras a que puedan aplicar un método común para atender las emergencias sanitarias. En respuesta a los comentarios sobre la necesidad de mantener una estrecha colaboración entre la OPS y los organismos multilaterales de crédito, el Dr. Brandling-Bennett dijo al Subcomité que, en la esfera concreta de gestión de la información, la Organización ha emprendido conversaciones con el Banco Mundial en respuesta al interés de esa institución por determinar la carga de enfermedad y evaluar el costo y la repercusión de las intervenciones. La OPS llevará a cabo el análisis de los datos para identificar las intervenciones más eficaces en función de los costos.

En respuesta a la pregunta relativa a la coordinación con EURO sobre la preparación de perfiles de país, el Dr. Castillo dijo que la OPS está colaborando muy de cerca con la oficina europea para intercambiar la información sobre los datos principales que se van a recoger y que se está haciendo un intento por asegurar que los perfiles producidos en las dos regiones sean compatibles. En cuanto a las consecuencias de difundir las publicaciones de la OPS en Internet y en la World Wide Web, dijo que un resultado importante será que las publicaciones lleguen a un mayor número de personas a un costo más bajo. También informó al Subcomité que la Organización va a seleccionar los boletines epidemiológicos nacionales que contienen información pertinente sobre temas específicos que aparecerán en la World Wide Web junto con el *Boletín Epidemiológico* de la OPS. En cuanto a la necesidad de sistemas avanzados de vigilancia

observó que, durante 1996, la Secretaría iniciará un proceso de renovación de los sistemas de vigilancia sanitaria usados actualmente que datan de principios del siglo XX cuando las condiciones eran sumamente diferentes. La Secretaría está especialmente interesada en la implementación de sistemas que permitan vigilar no solo las condiciones de salud y las enfermedades sino también los factores de riesgo que las determinan. El Dr. Castillo también dijo que la Secretaría apoya firmemente la idea de integrar los laboratorios de salud pública en una red para mejorar la vigilancia epidemiológica en la Región.

En cuanto a la necesidad de fortalecer el adiestramiento a nivel local, hizo notar que la OPS, por conducto de su Programa sobre el Análisis de la Situación de Salud y las oficinas de los representantes de la OPS/OMS, está respondiendo a esta necesidad dando apoyo a los países no solo para recabar la información, sino también para analizarla, de tal manera que el personal local tenga la capacidad de utilizar los datos eficazmente en la planificación de actividades relativas a la salud. La Organización se preocupa por que la información sea útil tanto a nivel nacional como local. Se prevé que la implementación de sistemas de información geográfica, que aportan datos acerca de localidades concretas y permiten adaptar las intervenciones a las necesidades locales, faciliten ese esfuerzo. En cuanto al costo para los países de recabar los datos básicos que se emplearán en los perfiles de salud, indicó que la mayoría de los costos estarían cubiertos como parte de la cooperación técnica de la Organización y mediante donaciones de diversas instituciones. Los paquetes estadísticos para el análisis de datos también se suministrarían sin ningún costo directo para los países.

A solicitud del Dr. Brandling-Bennett, la Dra. Judith Navarro, Jefa de la Oficina de Publicaciones y Servicios Editoriales (DBI), dio una explicación más detallada de cómo el uso de la Internet y de otras tecnologías modernas de comunicación permitirá a la Organización hacer "más con menos" ya que éstas reducen los costos de producción, ahorran tiempo, facilitan la introducción de cambios en los documentos, y eliminan la necesidad de imprimir y almacenar documentos que tienen un número limitado de lectores y cuya utilización será muy breve. DBI espera poder suministrar información que no ha podido difundir hasta ahora debido al costo del papel y el franqueo. La Oficina también prevé vender más publicaciones gracias el empleo de Internet para la promoción, y además, espera llegar a un público mucho mayor.

El Dr. Roberto Rodrigues, Coordinador del Programa de Sistemas de Información (HSI), formuló algunos comentarios sobre las inquietudes de los representantes en lo relativo a la recopilación y uso de los datos a nivel local. Reconoció que los problemas en relación con la calidad, la pertinencia y lo oportuno de los datos generados fuera de la Organización, y a veces externos al sector salud, son aspectos fundamentales y dijo al Subcomité que HSI está estudiando maneras de atender estos problemas y muchos otros relacionados con los sistemas, la tecnología y la gestión de información. Una

estrategia importante para el Programa será la de trabajar al nivel local de los sistemas de información, porque allí es donde se genera la información.

El Director agradeció la respuesta entusiasta del Subcomité a las intervenciones sobre gestión de la información, que, según se ha mencionado, es una prioridad para su administración y una función básica de la Organización. En su opinión, la OPS tiene la responsabilidad de asegurar que la información exacta y útil acerca de los problemas de salud y las medidas tomadas para combatirlos sea del dominio público. La Organización también tiene la responsabilidad de persuadir a los ministerios de salud de los países que no intenten ocultar la información acerca de los brotes de enfermedades, epidemias y otros problemas de salud, sino que por el contrario velen por que se despache a la brevedad posible información fidedigna para disipar los rumores y mitigar el temor. Recalcó la importancia de que se cuestionen los datos como una forma de mejorar su calidad y dijo que parte del trabajo de HDA consiste en estimular el cuestionamiento. También recalcó la necesidad de fortalecer las capacidades de generación de datos a nivel local para que los datos que se usan en los informes mundiales sean exactos. Estuvo de acuerdo en que los datos sin desglosar pueden inducir a error y dijo que la OPS está comprometida con el suministro de datos desglosados que constituyen una base sólida para la toma de decisiones.

Sobre el tema de la necesidad de mantener relaciones más cercanas entre la OPS y las instituciones financieras multilaterales como el Banco Mundial y el BID, el Director dijo que para fortalecer esas relaciones tanto la Organización como los países deben insistir continuamente en que se tenga en cuenta al sector salud en los debates relativos al financiamiento de los organismos multilaterales. En cuanto a los comentarios sobre información relativa a inversión en la esfera de la salud, informó al Subcomité que la OPS recientemente emprendió un estudio conjunto con la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) sobre las repercusiones que la inversión en la salud puede tener en el desempeño económico futuro de un país. La OPS cree que el estudio revelará que la inversión en salud produce resultados económicos positivos.

El Dr. Alleyne concluyó sus comentarios al señalar que la meta de hacer más equitativos los sistemas de asistencia sanitaria no podrá lograrse a menos que haya alguna forma de cuantificar las condiciones de salud de los seres humanos y poner esa información al alcance de todos. La OPS espera desempeñar una función significativa en la democratización de la atención al ayudar a difundir la información sanitaria para que muchos problemas sanitarios pueda abordarlos a nivel local el individuo común.

Tema 8: Programa de Alimentación y Nutrición de la OPS

La Dra. Wilma Freire, Coordinadora del Programa de Alimentación y Nutrición, presentó el Plan Regional de Acción formulado por el Programa. Explicó que una

premisa básica que constituye la base del Plan, es que la Organización debe asumir la responsabilidad técnica en el campo de la alimentación y la nutrición, centrándose en las áreas en las cuales tiene capacidades y conocimientos únicos, a la vez que promueve activamente la colaboración de otros organismos en esfuerzos complementarios. El Programa considera que solo mediante ese esfuerzo conjunto, a nivel tanto regional como local, es posible efectuar una contribución eficaz destinada a reducir los problemas nutricionales que siguen afectando a la Región a niveles alarmantes.

La Dra. Freire esbozó la forma en que el Plan de Acción se relaciona directamente con cada una de las cinco orientaciones estratégicas y programáticas de la Organización. La misión del Plan es fomentar la búsqueda de mecanismos más eficaces para mejorar la seguridad alimentaria y el estado de nutrición de la población en el contexto de la promoción de la salud. Los objetivos son promover la formulación de políticas, planes y programas sobre alimentación y nutrición en los países y orientar y favorecer intervenciones tendientes a mejorar la situación nutricional en la Región. Las metas específicas para el año 2000 son compatibles con las establecidas en la Cumbre Mundial en favor de la Infancia y la Conferencia Internacional sobre Nutrición, a saber: reducir en 50% los niveles de malnutrición proteinoenergética moderada y grave; reducir en un tercio los niveles de anemia por deficiencia de hierro en las embarazadas; la eliminación casi total de la deficiencia de vitamina A; la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y continuación de la lactancia materna con la adición adecuada de alimentos complementarios; y la identificación de los factores subyacentes y las intervenciones apropiadas para prevenir la obesidad y enfermedades no transmisibles crónicas relacionadas con la nutrición.

De conformidad con el plan se han establecido las siguientes áreas de trabajo: seguridad alimentaria; prevención y tratamiento de la malnutrición; vigilancia alimentaria y nutricional, y educación y comunicación social. El Programa prestará cooperación técnica en estas áreas mediante, entre otras cosas, el desarrollo de programas para prevenir y controlar la malnutrición proteinoenergética, las deficiencias de micronutrientes y la obesidad entre los pobres, que es un problema creciente en la Región; la elaboración de planes de acción para promover y facilitar la lactancia materna; el diseño de sistemas de vigilancia de la alimentación y la nutrición para suministrar información destinada a la toma de decisiones; la promoción a todos los niveles para que se preste atención a los problemas atinentes a la seguridad alimentaria y la nutrición; el uso de los medios de comunicación social para promover cambios en las condiciones y en los modos de vida en cuanto a los hábitos de alimentación y nutrición; y la promoción de la investigación científica para encontrar medios nuevos y más eficaces de abordar los problemas de la alimentación y la nutrición. El Programa también cooperará con el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP), el Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI), el Centro Latinoamericano de Perinatología

y Desarrollo Humano (CLAP), los centros colaboradores de la OMS y la comunidad científica en general.

Debido a que los recursos humanos del Programa en la Sede de la OPS son sumamente limitados, se crearán grupos técnicos asesores para apoyar al personal del Programa en la ejecución del Plan de Acción. El Programa también colaborará estrechamente con las oficinas de país de la OPS/OMS, la mayoría de las cuales tienen asesores especializados en alimentación y nutrición. Se dará adiestramiento a los consultores y a otros funcionarios de nivel local, y se preparará y distribuirá documentación técnica en temas relacionados con la alimentación y la nutrición con miras al fortalecimiento de la cooperación. El Programa procurará además colaborar activamente con el programa regional de protección de alimentos a objeto de optimizar la capacidad de la Organización para responder, a pesar de la limitación de recursos, a las solicitudes de cooperación técnica de los países.

Debate

Varios representantes hicieron notar que el documento presentado al Subcomité (SPP25/7) no incluía datos financieros que indicaran el volumen de recursos que se destinará al Plan de Acción, ni tampoco indica las fuentes de financiamiento. También se señaló que el documento no contenía información sobre el estado de los esfuerzos que se realizan a nivel de país para formular planes nacionales de acción, según se estipulaba en el plan internacional de acción elaborado en la Conferencia Internacional sobre Nutrición, celebrada en Roma en 1992. Se hicieron preguntas sobre la forma en que se vincula el Plan Regional de Acción con los planes nacionales y cómo va a contribuir la Organización para la Agricultura y la Alimentación de las Naciones Unidas (FAO) a la ejecución del Plan, especialmente en materia de seguridad alimentaria. Se hizo hincapié en la importancia de la coordinación entre todos los diversos organismos internacionales y nacionales que funcionan en el área de la alimentación y la nutrición y se citaron ejemplos de cómo la falta de coordinación puede conducir a la repetición o anulación de los esfuerzos.

Algunos representantes opinaron que el documento debía haber estudiado el concepto de la seguridad alimentaria más a fondo y haberse centrado más en las causas de los problemas de la alimentación y la nutrición, especialmente en la relación entre esos problemas y los modelos de desarrollo que han fomentado la distribución desigual del ingreso y han exacerbado la pobreza. Se señaló que la alimentación y los programas y proyectos de alimentación y nutrición pueden tener una repercusión negativa en el sector agrícola de un país y en su capacidad para la autosuficiencia cuando se sustituyen los productos agrícolas nacionales por alimentos donados por otros países. Esta sustitución puede conducir a una disminución en la producción agrícola o al cultivo de rubros que no son beneficiosos para la nutrición ni la salud de la población. Varios

representantes insistieron en que la promoción del desarrollo de la agricultura local y de la producción interna de alimentos debe ser un componente importante de todos los programas de nutrición y de seguridad alimentaria. Además debe educarse a la población para reconocer el valor nutritivo de los alimentos que se encuentran fácilmente en el lugar.

La Dra. Freire informó que el Programa de Alimentación y Nutrición está vigilando el progreso en la formulación de planes nacionales de acción y que todos los países han elaborado propuestas concretas para la acción destinadas a abordar los diversos problemas identificados a nivel nacional. La información sobre ese proceso es demasiado extensa para incluirla en el documento, pero puede solicitarse al Programa. Aseguró al Subcomité que el Programa reconoce la necesidad de trabajar con otros sectores, entre ellos el sector agrícola y el financiero, así como la de colaborar con otros organismos cuyas capacidades complementan las de la OPS. Citó varios ejemplos de colaboración entre la Organización y el UNICEF, la Agencia para el Desarrollo Internacional (USAID) y otras organizaciones, con miras a promover la lactancia materna. En respuesta a las preguntas relativas a los datos financieros, dijo que la cantidad asignada al Programa para el bienio 1994-1995 fue de US\$ 7.890.400. Para 1996-1997 su asignación será de \$7.826.200. El Programa está intentando mejorar su capacidad de negociación con organismos financieros bilaterales y multilaterales para movilizar más recursos destinados a los esfuerzos en cuestiones de alimentación y nutrición. También está procurando trabajar con el BID, el Banco Mundial y otras instituciones similares para velar por que los recursos que les conceden a los países para este fin se empleen lo más eficazmente posible.

Señaló la Dra. Freire que la urbanización rápida y no planificada en América Latina está generando nuevos trastornos de salud —como por el ejemplo el aumento de la prevalencia de la obesidad en poblaciones que antes estaban desnutridas— por lo que es necesario adoptar nuevos enfoques, especialmente porque la etiología de los trastornos de salud en América Latina suele ser muy diferente de la etiología de esos mismos problemas cuando ocurren en los países desarrollados. El Programa considera que es esencial atacar las causas fundamentales de los problemas nutricionales, lo que significa atender las deficiencias en la salud materno-infantil, mejorar el acceso a los servicios de salud, a la educación y a otras esferas afines. En consecuencia, es fundamental adoptar un enfoque interprogramático e interinstitucional.

El Director reconoció que el documento podría haber incluido más información acerca de los vínculos que existen entre los modelos de desarrollo, la pobreza, la distribución desigual del ingreso y otros factores que han contribuido a los problemas de alimentación y nutrición en la Región; sin embargo, en 1994 se decidió limitar la extensión de los documentos presentados a los Cuerpos Directivos y dedicar mayor atención a los principales temas de política que es necesario abordar sin incluir

antecedentes detallados. Señaló que el tema de la alimentación y la nutrición es sumamente complejo y puede considerarse no solo como un problema de salud sino también económico. El enfoque para hacer frente al problema dependerá de la perspectiva adoptada. Según el punto de vista de la OPS, la inversión en el ámbito de la salud, unida a la inversión en nutrición, puede ser una herramienta poderosa para corregir algunas de las desigualdades actuales en la distribución de los ingresos en los países y para producir un mayor crecimiento económico a largo plazo. Toda la Organización está trabajando para que se reconozca cada vez más la relación entre salud, desempeño económico y bienestar de los países. No obstante, está fuera del alcance y las capacidades del Programa de Alimentación y Nutrición abordar estos problemas.

Con relación a la seguridad alimentaria, el Dr. Alleyne dijo que la Organización sabe muy bien que algunos de los países tienen políticas y prácticas de importación que son intrínsecamente perjudiciales para la salud ya que no solo inducen cambios desfavorables en la producción agrícola sino que también contribuyen al aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas como la cardiopatía. Una de las estrategias del Programa y de la Organización en conjunto es buscar apoyo a nivel político, con miras a producir cambios en las políticas perjudiciales para la salud. En cuanto a la coordinación con otras organizaciones, el Director informó que recientemente se había reunido con funcionarios de alto nivel de la FAO para analizar en qué forma la OPS y la FAO pueden aumentar su colaboración en la esfera de los alimentos y la nutrición. La Organización también está estudiando cómo puede trabajar más activamente con organizaciones del sector privado para mejorar la nutrición en la Región. Finalmente, en cuanto a los recursos dedicados a las actividades de alimentación y nutrición, señaló que la cantidad total será mayor que las cifras citadas por la Dra. Freire, porque las cantidades asignadas al Programa y a los países se complementarán con financiamiento destinado a los centros panamericanos INCAP y CFNI, los cuales prevén recibir considerables recursos ordinarios y extrapresupuestarios en 1996-1997.

El Subcomité recomendó que se presente al Comité Ejecutivo una versión revisada del documento. Dicha versión debe contener información relativa al estado de los planes nacionales de acción; si esa información no está lista a tiempo para la 118ª Reunión del Comité Ejecutivo en junio de 1996, entonces el documento debe presentarse en una reunión posterior. El documento revisado también debe contener detalles acerca de los recursos que estén al alcance del Programa y debe abordar con mayor detalle los problemas relativos a la política y la producción agrícola.

Tema 9: Otros asuntos

El Subcomité expresó sus condolencias a la Dra. Ana María Alfaro de Gamero, Ministra Adjunta de Salud de El Salvador y representante de ese país en el Subcomité, cuyo padre falleció el 1 de diciembre de 1995.

El Subcomité aprobó las fechas del 25 al 27 de marzo de 1996 para la 26ª Reunión del Subcomité de Planificación y Programación. El Director propuso que el programa de temas incluyera los siguientes temas:

- un informe sobre la renovación de la Salud para Todos;
- un informe de progreso en la ejecución del Plan Regional de Acción sobre Violencia y Salud;
- una evaluación de la cooperación técnica de la OPS en un país que seleccionará el Director;
- el debate de la evaluación de las orientaciones estratégicas y programáticas para 1995-1998, como un primer paso hacia la preparación de indicadores destinados a la formulación de las orientaciones durante el próximo cuatrienio;
- un informe sobre el progreso de las actividades de reforma del sector salud;
- un informe del progreso en la ejecución del Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud;
- un informe sobre colaboración entre la OPS y las organizaciones no gubernamentales;
- el debate del anteproyecto de presupuesto por programas de la Organización Mundial de la Salud para la Región de las Américas correspondiente al bienio 1998-1999.

Los miembros del Subcomité indicaron que si fuese necesario eliminar cualquier tema para reducir la extensión del programa de temas propuesto, debería darse prioridad al debate de las OEP para el próximo cuatrienio, a la parte correspondiente a la OPS en el presupuesto de la OMS, a las actividades de reforma del sector salud y a la colaboración entre la OPS y las organizaciones no gubernamentales.

Anexo: Lista de participantes



PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION
EXECUTIVE COMMITTEE OF THE DIRECTING COUNCIL

25th MEETING OF THE SUBCOMMITTEE ON PLANNING AND PROGRAMMING

Washington, D.C., 30 November - 1 December 1995

SPP25/2, Rev. 1
1 December 1995
1 diciembre 1995

**LIST OF PARTICIPANTS
LISTA DE PARTICIPANTES**

**ELECTED MEMBERS
MIEMBROS ELEGIDOS**

BOLIVIA

Dr. Javier Torres-Goitia Caballero
Subsecretario de Salud
Ministerio de Desarrollo Humano
La Paz

CANADA

Mr. Edward M. Aiston
Acting Director General
International Affairs Directorate
Department of National Health and Welfare
Ottawa, Ontario

URUGUAY

Dr. Alfredo Solari
Ministro de Salud Pública
Ministerio de Salud Pública
Montevideo

Advisors - Asesores

Dr. Julio César Jaureguy
Embajador del Uruguay ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Dra. Jenny Read Fuentes
Directora General de Secretaría
Ministerio de Salud Pública
Montevideo

**DESIGNATED MEMBERS
MIEMBROS NOMBRADOS**

**BRAZIL
BRASIL**

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

PERU

Dr. Pablo Augusto Meloni
Director General
Oficina de Financiamiento, Inversiones
y Cooperación Técnica
Ministerio de Salud
Lima

**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.

Advisers - Asesores

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

DESIGNATED MEMBERS (cont.)
MIEMBROS NOMBRADOS (cont.)

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

Advisers - Asesores (cont.)

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

Ms. Ann S. Blackwood
Foreign Affairs Officer
Directorate for Health and Transportation Programs
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

**OBSERVERS
OBSERVADORES**

**PAHO MEMBER GOVERNMENTS
GOBIERNOS MIEMBROS DE LA OPS**

ARGENTINA

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

MEXICO

Dr. Federico Chávez Peón
Director de Desarrollo y Gestión Internacional
Secretaría de Salud
México, D.F.

**INTERGOVERNMENTAL ORGANIZATIONS
ORGANISMOS INTERGUBERNAMENTALES**

***World Bank
Banco Mundial***

Dr. Nuria Homedes
Public Health Specialist
World Bank
Washington, D.C.

WORLD HEALTH ORGANIZATION
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

Dr. Aissatou Kone-Diabi
Assistant Director-General
World Health Organization
Geneva, Switzerland

Dr. Herbert Zollner
Strategic Planning and Evaluation
Regional Office for Europe (EURO)
Copenhagen, Denmark

**PAN AMERICAN SANITARY BUREAU
OFICINA SANITARIA PANAMERICANA**

*Director and Secretary ex officio of the Meeting
Director y Secretario ex officio de la Reunión*

Sir George Alleyne

*Advisers to the Director
Asesores del Director*

Dr. David Brandling-Bennett
Deputy Director

Dr. Mirta Roses
Assistant Director

Mr. Thomas Tracy
Chief of Administration

Mr. Horst Otterstetter
Director, Division of Health and Environment

Dr. José María Paganini
Director, Division of Health Systems and Services Development

Dr. Helena Restrepo
Director, Division of Health Promotion and Protection

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

Dr. José R. Teruel
Director, Division of Health and Human Development

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

Dr. Irene Klinger
Chief, Office of External Relations

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

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 Conference and General Services
Jefe, Departamento de Conferencias y Servicios Generales

Mr. César A. Portocarrero

Chief, Conference Services
Jefe, Servicio de Conferencias

Ms. Janice A. Barahona



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
COMITÉ EJECUTIVO DEL CONSEJO DIRECTIVO

26.ª REUNIÓN DEL SUBCOMITÉ DE PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN

Washington, D.C., 25-27 de marzo de 1996

SPP26/FR (Esp.)
27 marzo 1996
ORIGINAL: ESPAÑOL

INFORME FINAL

CONTENIDO

	<i>Página</i>
Autoridades	3
Apertura de la reunión	3
Adopción del programa de temas y del programa de sesiones	4
Presentación y debate de los temas	4
Renovación de salud para todos	4
Progreso de las actividades de reforma del sector salud	7
Evaluación de la cooperación técnica de la OPS en El Salvador	10
Progreso en la ejecución del Plan Regional de Acción sobre Violencia y Salud	13
Evaluación de las orientaciones estratégicas y programáticas para 1995-1998	16
Progreso en la ejecución del Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud	19
Anteproyecto de presupuesto por programas de la Organización Mundial de la Salud para la Región de las Américas para el ejercicio económico 1998-1999	22
Colaboración entre la OPS y las organizaciones no gubernamentales	24
Examen de los términos de referencia y el reglamento interno del Subcomité	27
Anexos	
A. Programa de temas	
B. Lista de documentos	
C. Lista de participantes	

INFORME FINAL

La 26.ª 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., del 25 al 27 de marzo de 1996.

La reunión contó con la asistencia de los representantes de los siguientes miembros del Subcomité elegidos por el Comité Ejecutivo: Bolivia, Canadá, El Salvador y Uruguay. También estuvieron presentes representantes de los siguientes miembros designados: Brasil, Perú y Estados Unidos de América. Los representantes de las Bahamas, Cuba, Francia y México asistieron como observadores. Una organización no gubernamental, la Federación Mundial de Asociaciones de Salud Pública, también estuvo representada en la reunión.

AUTORIDADES

Las autoridades de la reunión fueron las siguientes:

<i>Presidente:</i>	Uruguay	Dr. Alfredo Solari
<i>Vicepresidente:</i>	Bolivia	Dr. Oscar Sandoval Morón
<i>Relator:</i>	Perú	Dr. Pablo Augusto Meloni

El Dr. George A. O. Alleyne, Director de la OPS, fue el 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 Dr. Alleyne inauguró la reunión y dio la bienvenida a los participantes. Expresó la esperanza de que los debates del Subcomité fuesen francos y abiertos y se caracterizaran por una mayor informalidad e interacción entre los participantes que los que tienen lugar en el Comité Ejecutivo y el Consejo Directivo. De esa forma, el Subcomité cumpliría mejor la finalidad para la cual fue creado, a saber: estudiar asuntos de importancia para la labor de la Organización, y asesorar en consecuencia al Comité Ejecutivo.

ADOPCIÓN DEL PROGRAMA DE TEMAS Y DEL PROGRAMA DE SESIONES (Documentos SPP26/1, Rev. 1 y SPP26/WP/1)

De 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

Renovación de salud para todos (Documento SPP26/3)

Este tema fue presentado por el Dr. Juan Manuel Sotelo y la Sra. Cristina Puentes-Markides, de la Oficina de Análisis y Planificación Estratégica. El Dr. Sotelo informó al Subcomité que el mayor esfuerzo de la OPS en este ámbito se dedicaría a renovar el compromiso de la Región y a generar nuevo entusiasmo para trabajar con miras a alcanzar la meta de salud para todos (SPT). Con ese fin, la Organización había emprendido un proceso destinado a adoptar un enfoque panamericano a la SPT, basado en la realidad actual que viven los países y fundamentado en los principios de solidaridad, sostenibilidad y, sobre todo, equidad. Este proceso incluyó consultas con una amplia gama de actores, incluidos representantes de instituciones académicas, organizaciones no gubernamentales (ONG) y el sector privado, así como el sector oficial de la salud en los Estados Miembros. Otras dos iniciativas en curso en la Organización también guardan relación con el esfuerzo para renovar el compromiso en favor de la salud para todos: la evaluación de las orientaciones estratégicas y programáticas (OEP) para 1995-1998 y el replanteamiento de la cooperación técnica internacional en materia de salud.

La Sra. Puentes-Markides esbozó el contenido del documento preparado por la Secretaría, que contenía un cronograma de las actividades y presentaba algunas propuestas en materia de política, objetivos y estrategias para renovar el compromiso de toda la Organización y de los países individualmente con la meta de la SPT. El enfoque de la SPT tratado en el documento tuvo en cuenta los resultados de anteriores evaluaciones de las estrategias de SPT y los cambios políticos, económicos, sociales, demográficos y epidemiológicos que han ocurrido en la Región desde la adopción de la meta de SPT en 1977. En los esfuerzos futuros para lograr la SPT, se considera esencial que predomine la dimensión ética de la salud, lo que implica asegurar el acceso universal a los servicios de salud.

Luego pasó a describir brevemente cada orientación propuesta de política, señalando que las orientaciones habían surgido de consultas y debates celebrados con diversos actores en los países, así como de las discusiones técnicas efectuadas en la OPS. Los objetivos propuestos incluidos en el documento son de naturaleza muy general.

Todos guardan relación básicamente con velar por el acceso equitativo a la salud en el sentido más amplio de la palabra, incluidos los servicios adecuados de atención de salud y un ambiente sano. Se espera que los países preparen objetivos concretos de conformidad con sus necesidades y prioridades nacionales. En el documento no se propone ninguna estrategia concreta; sin embargo, las orientaciones estratégicas y programáticas de la Organización constituyen un punto de partida para reconfigurar las estrategias, o identificar otras, orientadas a la renovación de la meta de SPT en las Américas.

La atención primaria de salud, piedra angular de la iniciativa original de SPT, todavía se considera como una estrategia viable, aunque requiere cambios y adaptaciones en el contexto actual de la Región. Cualquier estrategia que se llegue a definir finalmente debe orientarse a los problemas prioritarios de salud y a mantener o mejorar los logros en el terreno de la salud y adaptarse a las realidades de los países. Una de las principales inquietudes en el desarrollo y la aplicación de nuevas estrategias estriba en saber si los esfuerzos de reforma sanitaria actualmente en marcha en los países contribuirán o no al logro de la SPT.

La Sra. Puentes-Markides concluyó su intervención anunciando que del 9 al 12 de junio de este año se celebrará en Montevideo (Uruguay) una conferencia regional sobre tendencias futuras y renovación de la SPT coauspiciada por el Ministerio de Salud Pública del Uruguay y la OPS. La reunión estará dedicada al examen de temas sobre política sanitaria, experiencias y tendencias relacionadas con el logro de la salud para todos.

El Subcomité opinó que el documento era una base sólida para esfuerzos futuros destinados a lograr la SPT en las Américas. En él se identificaba debidamente a la equidad y la sostenibilidad como los dos criterios clave para la acción, y se recalca que los seres humanos deben ser el centro del desarrollo. También se hacía hincapié en la importancia de adaptar los objetivos y las estrategias a las realidades locales. Varios representantes subrayaron la necesidad de aprovechar al máximo los cambios políticos y sociales que ocurren en la Región, especialmente en el área de la reforma de la salud, para incluir una amplia gama de actores no gubernamentales y del sector privado y forjar las alianzas mencionadas en el documento. Se señaló que el hecho de que la salud para todos no pueda lograrse en el año 2000 se deberá más a una falta de compromiso político que a las deficiencias de las estrategias empleadas. En consecuencia, los esfuerzos para renovar el compromiso con la SPT deberán centrarse en obtener apoyo político para las iniciativas de salud. La OPS tiene un papel importante que desempeñar para ayudar a los funcionarios de salud en los países a convencer a los funcionarios a nivel de decisiones políticas y financieras, de la importancia de la salud.

Se hicieron varias recomendaciones concretas relativas a la forma de mejorar el documento. Se sugirió, entre otras cosas, que se aclarara la sección sobre cooperación mundial para el desarrollo local y que se agregara un anexo con la descripción de lo que la OMS, en general, está haciendo para renovar el compromiso con la SPT, a fin de situar los esfuerzos de las Américas en el contexto de otros esfuerzos que tienen lugar en otras regiones y en la sede de la OMS. También se dijo que el documento debería profundizar más en el tema de la función de la población y de la participación comunitaria en el proceso de la SPT, sin las cuales la meta de salud para todos no podrá lograrse.

El Subcomité estuvo de acuerdo en que la reunión sobre SPT, que se celebrará en el Uruguay en junio, brindará una oportunidad valiosa para seguir estudiando las formas de renovar el compromiso con esta meta. El Representante del Canadá informó que su país también se propone auspiciar una conferencia internacional como parte del proceso de formular una nueva estrategia para lograr la SPT. Esa reunión, un simposio de la OMS sobre la colaboración intersectorial, está programada tentativamente para finales de 1996 o principios de 1997. El Representante de Bolivia señaló que la reunión que se celebrará en Santa Cruz (Bolivia), en diciembre de 1996, como seguimiento a la Cumbre de las Américas de 1994, brindaría otra excelente oportunidad para poner de relieve la necesidad de apoyo político de alto nivel a la renovación de la iniciativa de SPT.

El Dr. Sotelo aseguró a los representantes que la Secretaría tendría presentes sus comentarios y sugerencias cuando revisara el documento para su presentación al Comité Ejecutivo. Estuvo de acuerdo con la necesidad de aprender de las experiencias anteriores en materia de SPT y recalcó la importancia de distribuir esta información a los países para que la Región en su conjunto avance hacia la meta de SPT. En este sentido, la Organización considera la evaluación de sus orientaciones estratégicas y programáticas como un medio para ayudar a los países a evaluar su progreso hacia el logro de sus propios objetivos nacionales en el proceso de SPT. También reconoció la necesidad de coordinar los esfuerzos panamericanos con los esfuerzos mundiales de la OMS, y dijo que la OPS estaba trabajando muy de cerca no solo con la sede de la OMS sino también con las otras oficinas regionales. Finalmente, reconoció la necesidad de aprovechar las reuniones políticas de alto nivel, como por ejemplo, la reunión de seguimiento sobre la Cumbre de las Américas, para obtener mayor apoyo político para el proceso de SPT.

El Director señaló que los principios básicos que sustentan la iniciativa de SPT siguen siendo tan válidos hoy como en Alma-Ata. El objetivo del esfuerzo actual para renovar el compromiso con la SPT es revivir parte del entusiasmo y el dinamismo originales asociados con la iniciativa, que parecen haberse desvanecido con el tiempo. Una manera de estimular de nuevo el entusiasmo es demostrando qué éxitos se han logrado en el pasado, mientras que al mismo tiempo se señalan las deficiencias que hay

que corregir. Para hacerlo, es necesario mejorar la capacidad de vigilancia en muchos países. También es necesario generar mayor conciencia en los países acerca de las desigualdades que entorpecen el esfuerzo para renovar el llamamiento en pro de la SPT. Desde la perspectiva de la OPS, es fundamental fortalecer la capacidad de los ministerios de salud para convencer a los líderes políticos de que la inequidad expresada en los problemas de salud es un asunto político importante.

Un cambio profundo ocurrido desde Alma-Ata ha sido la mayor participación de las organizaciones no gubernamentales y de otros actores ajenos al sector público en asuntos sanitarios. Por lo tanto, un aspecto importante del proceso de renovación consiste en encontrar formas de trabajar eficazmente con estos actores hacia el logro de las metas comunes. El Dr. Alleyne concluyó señalando que ningún país puede garantizar la salud para toda su población. En ese sentido, no estaba de acuerdo con quienes sostienen que la salud debe considerarse un derecho humano básico. Sin embargo, los países podrían garantizar que todos sus ciudadanos tengan acceso a los establecimientos y servicios necesarios para atender sus problemas e inquietudes en materia de salud. Agregó que, por ende, el acceso debe ser el centro de los esfuerzos para lograr la salud para todos.

Progreso de las actividades de reforma del sector salud (Documento SPP26/7)

El Dr. César Vieira, Coordinador del Programa sobre Políticas Públicas y Salud, presentó el documento sobre este tema (SPP26/7), que resume las actividades que la OPS había emprendido en el ámbito de reforma de la salud, de conformidad con sus orientaciones estratégicas y programáticas para 1995-1998 y los mandatos de la Cumbre de las Américas (1994) y la Reunión Especial sobre Reforma del Sector Salud (septiembre de 1995). El documento describe tres categorías básicas de acción: cooperación con los países, acción interinstitucional y acción dentro de la Secretaría de la OPS. Bajo cada una de estas categorías hay también una lista de las actividades que la Organización espera emprender en el futuro.

La Región de las Américas es, de todas las regiones de la OMS, la que más atención ha dedicado a los asuntos de reforma sanitaria. Casi todos los 37 países y territorios de la Región han ejecutado, o están planificando, algún tipo de iniciativa de reforma del sector de la salud. Los datos de los países presentados en el documento indican que el tipo más común de las medidas de reforma adoptadas es la descentralización, seguida de la puesta en práctica de algún tipo de plan nacional de seguro de salud. Para apoyar a los países en el proceso de la reforma sanitaria, la OPS presta apoyo técnico directo por conducto de las Representaciones de la OPS/OMS y de misiones interprogramáticas a algunos países. La presencia permanente de la Organización en los países le da cierta ventaja comparativa con respecto a otros organismos, que tienden a tener solo contactos intermitentes con los países mediante

proyectos de duración limitada. Una presencia a largo plazo es particularmente importante en procesos prolongados como la reforma sanitaria. Además de su apoyo técnico, la OPS se ha esforzado en brindar apoyo político a los esfuerzos de reforma sanitaria gracias a la promoción del diálogo sobre los temas de la reforma con funcionarios gubernamentales de alto nivel, y con representantes del sector privado y la sociedad civil.

Con respecto a la coordinación interinstitucional, la Organización siguió siendo un participante activo en la Comisión Interinstitucional sobre la Reforma del Sector Salud, que tuvo a su cargo la organización de la Reunión Especial ya mencionada sobre reforma del sector salud e hizo posible otras actividades interpaíses para la formación de liderazgo. La Organización también estuvo trabajando para promover la coordinación entre los organismos a nivel de país mediante el intercambio de información y la formación de grupos de organismos externos para apoyar los esfuerzos nacionales de reforma sanitaria. Una actividad futura prevista en materia de coordinación interinstitucional es la publicación de los documentos presentados en la Reunión Especial.

En cuanto al trabajo dentro de la Secretaría, el Dr. Vieira indicó que el cumplimiento de los diversos mandatos de la Organización en el ámbito de la reforma sanitaria planteó un reto importante porque los temas son nuevos y la OPS tiene experiencia limitada en la prestación de cooperación técnica en esta materia. En consecuencia, es necesario mejorar las capacidades del personal de la OPS en la sede e identificar las fuentes de conocimientos y experiencia que podrían mobilizarse por conducto de la OPS para apoyar los procesos nacionales de reforma sanitaria. Dentro de la Secretaría, el Director creó un grupo de trabajo interprogramático sobre la reforma del sector de la salud, que refleja el enfoque multidisciplinario requerido para la reforma sanitaria. El grupo desempeñó una función clave en ayudar a organizar la Reunión Especial sobre Reforma del Sector Salud y preparó un documento de posición que brinda un marco de referencia básico para las actividades de la OPS en apoyo de las iniciativas nacionales de reforma sanitaria. El grupo también sigue supervisando el cumplimiento de los mandatos de la Cumbre de las Américas y la Reunión Especial.

El Subcomité elogió a la OPS por la prontitud y competencia con la cual ha afrontado el reto de dar a los países el apoyo necesario en el proceso de reforma sanitaria. Si la Región se encuentra a la vanguardia de los esfuerzos de la reforma sanitaria, ello se debe en su mayor parte al liderazgo y al apoyo de la OPS. La Organización ha identificado claramente la falta de equidad como el problema principal que debía abordarse mediante la reforma sanitaria, lo que ha contribuido a centrarse en el proceso y a avanzar. La función para la OPS que se describe en el documento es la más indicada. La Organización debe concentrarse en apoyar a los países mediante actividades como la movilización de conocimientos y experiencia, formación de redes,

e intercambio de información, en lugar de intentar dirigir el proceso o promover una fórmula única para la reforma sanitaria que no tendría en cuenta las diferencias entre los países.

Se hizo hincapié en el valor de compartir información sobre la forma en que los distintos países están enfocando la reforma sanitaria. Se sugirió que podría ser beneficioso organizar intercambios de información entre países cuyos objetivos e instrumentos de política sean similares. Esos intercambios pueden ser más constructivos que los intercambios entre países que adoptan enfoques muy diferentes.

Se señaló que las secciones del documento donde se incluyen las actividades futuras no siempre indican quién va a llevar a cabo las actividades. Además, la lista de las actividades futuras es muy extensa y tal vez resulte demasiado ambiciosa. Se sugirió que, en consecuencia, sería sensato fijar un orden de prioridad a las actividades propuestas, asignando particular importancia a las atinentes a la formación de liderazgo, intercambio de información, así como a la difusión y movilización de recursos. También se sugirió que el documento exprese con mayor claridad la mejor forma en que la OPS podría utilizar sus puntos fuertes y sus capacidades concretas para apoyar a los países. Se considera que en el documento no se destacaron suficientemente otras ventajas de la OPS, en comparación con otros organismos.

Se recalcó la importancia de vincular la reforma sanitaria a la renovación de la meta de SPT. Se hizo hincapié en que la OPS debe desempeñar una función fundamental para orientar los esfuerzos hacia el logro de la salud para todos. Uno de los representantes hizo notar que al prestar tanta atención a la reforma sanitaria, se corre el riesgo de que se convierta en una especie de lema que no tenga en cuenta el hecho de que el proceso varía y tiene objetivos diferentes según el país. Propuso que la Organización destaque menos la idea de la reforma sanitaria y enfatice más la búsqueda de la equidad, la eficiencia y la eficacia.

Se instó a la Organización a que siguiera promoviendo la coordinación interinstitucional por conducto de la Comisión Interinstitucional, como un medio para maximizar los recursos y los esfuerzos. Se sugirió que sería útil para la Comisión Interinstitucional evaluar y difundir los criterios que los diversos organismos financieros aplican para decidir si apoyarán o no las iniciativas de reforma sanitaria en los países.

El Dr. José Romero Teruel, Director de la División de Salud y Desarrollo Humano, al responder al comentario sobre el término "reforma sanitaria", dijo que la Organización cree que su trabajo en este ámbito consiste en prestar cooperación técnica para transformar los sistemas y los servicios de salud, más que para la reforma del sector per se. Afirmó que la OPS considera la reforma del sector de la salud como un proceso nacional y esta orientando sus esfuerzos a dar apoyo a los países y colaborar con sus esfuerzos.

En respuesta a las consultas en cuanto a actividades futuras, el Dr. Vieira dijo que la impresión que da la lista de ser demasiado ambiciosa quizás se deba a la forma en que se estructuró el documento. El documento se modificará antes de presentarlo al Comité Ejecutivo con miras a aclarar esta confusión. En cuanto a la sugerencia sobre intercambio de información entre los países cuyos enfoques a la reforma sanitaria son similares, señaló que es posible aprender lecciones valiosas de los éxitos y los fracasos de los países que han aplicado métodos diferentes. Agregó que los países no tienen que "reinventar la rueda" en sus iniciativas de reforma sanitaria.

El Director dijo que uno de los propósitos fundamentales de la Organización era el de brindar un foro para el intercambio de ideas entre los países, y seguiría desempeñando esa función en el terreno de la reforma sanitaria. Es esencial reconocer que la reforma sanitaria es un proceso nacional, y sería sumamente arrogante que una organización externa tratara de imponer un esquema particular para dicha reforma. Uno de los principales puntos fuertes de la Organización es su presencia desinteresada en los países, lo que le permite ayudar objetivamente a los ministerios de salud a estudiar las mejores opciones de reforma sanitaria para sus respectivas situaciones nacionales.

El Dr. Alleyne estuvo de acuerdo con la necesidad de mantener el diálogo interinstitucional. Agregó que la Organización se está esforzando por colaborar muy de cerca con los organismos financieros multilaterales, en particular con el Banco Interamericano de Desarrollo, para participar lo más posible en la formulación de proyectos de reforma del sector de la salud. La OPS sostiene que la reforma sanitaria debe atender tanto los aspectos relacionados con la organización de los sistemas sanitarios como los de su financiamiento, que es una perspectiva compartida por los organismos financieros multilaterales, aunque estos a veces tienden a destacar más el aspecto financiero. La Organización ha prestado, y seguirá prestando, mucha atención para hacer del logro de la equidad el objetivo principal de la reforma de los sistemas y servicios sanitarios. Sin embargo, también es esencial generar una reforma en materia de percepción de la salud. La manera de reformar esos sistemas de salud es fundamental, pero también lo es lograr el reconocimiento de la importancia de la salud a nivel político.

Evaluación de la cooperación técnica de la OPS en El Salvador (Documento SPP26/5)

El Dr. Gustavo Mora, Representante de la OPS/OMS en El Salvador, y la Dra. Ana María de Gamero, Viceministra de Salud de El Salvador, presentaron este tema. El Dr. Mora destacó las principales características y resultados del ejercicio de evaluación. La finalidad del mismo fue evaluar la naturaleza y la calidad de la cooperación técnica de la OPS en El Salvador durante el período 1993-1995, para analizar hasta qué punto el programa de cooperación técnica coincidía con las necesidades prioritarias determinadas por el país y con las políticas de la Organización y para identificar las áreas dentro del programa de cooperación técnica donde era necesario

efectuar cambios o ajustes. Dos aspectos de la evaluación son particularmente dignos de mención: (1) se trataba de la primera evaluación de la cooperación técnica de la OPS en El Salvador, y (2) el período de evaluación comprendía dos fases bien diferenciadas —una inmediatamente después de la firma de los acuerdos de paz y la otra después de la elección de un nuevo gobierno— como resultado de lo cual habían cambiado levemente las prioridades nacionales para la cooperación técnica.

El Dr. Mora recalcó que uno de los aspectos más positivos del proceso de evaluación había sido la participación de una variedad amplia de actores, no solo del Ministerio de Salud sino también de otras instituciones. Uno de los resultados más importantes de la evaluación fue el concepto de las "áreas estratégicas", que surgió de la necesidad de agrupar el gran número de proyectos llevados a cabo durante el período de evaluación según las orientaciones estratégicas y programáticas de la Organización. Como resultado, se reformuló el plan para la cooperación técnica de la OPS durante 1996 y los proyectos propuestos se fusionaron en cuatro proyectos principales, que coincidían con las áreas estratégicas. Una de las consecuencias de este enfoque unificado del proyecto era un cambio en el centro de interés de los esfuerzos de la Organización al pasar de la participación directa en proyectos para ocuparse más de facilitar los procesos, movilizar los recursos y administrar la cooperación técnica. Otra consecuencia era el incremento de la coordinación y la colaboración interinstitucional.

La evaluación reveló que era necesario mejorar la programación y la evaluación de la cooperación técnica para cuantificar el logro de los resultados esperados. El Dr. Mora describió un proyecto de desarrollo de sistemas de salud en marcha en El Salvador para ilustrar cómo se estaban logrando avances para definir los objetivos y los indicadores que permitirían la cuantificación de los resultados.

En cuanto a la utilización del presupuesto destinado a la cooperación técnica, la proporción más grande (62%) se asignó al aspecto estratégico "Salud en el desarrollo y sistemas de salud". Esa distribución de los recursos reflejaba la prioridad que el Gobierno había asignado a la modernización y a la reforma del sector sanitario, así como al desarrollo de los sistemas locales de salud. El grueso de los recursos de cooperación técnica recibidos durante el período de evaluación provenían de fondos extrapresupuestarios.

La evaluación generó varias recomendaciones relativas a la función futura que desempeñaría la OPS en el país, las áreas prioritarias para el uso de los recursos de cooperación técnica y las líneas de acción para la cooperación. El Dr. Mora mencionó en especial las que se refieren al papel de la OPS en apoyar todo el proceso de reforma del sector de la salud, a la coordinación interinstitucional y a la consolidación de los proyectos, la cual, según se indicó anteriormente, ya se ha reflejado en la reprogramación de la cooperación técnica para el ejercicio de 1996.

La Dra. Gamero esbozó el plan nacional de salud para 1994-1999 y explicó cómo se habían coordinado las actividades de la Organización con las del Gobierno. El plan del salud del país puso de relieve cuatro objetivos principales, a saber: la reforma del sector de la salud, la acción intersectorial y la participación social, la atención de salud integral y la protección ambiental. El gobierno actual ha reconocido a la salud y a la educación como aspectos prioritarios. El sector de la salud en El Salvador se encuentra en una posición relativamente ventajosa porque el Gobierno reconoce que la salud es un componente esencial del desarrollo nacional y, por ende, aumentó el presupuesto asignado a ella.

Durante 1994-1995, los esfuerzos de reforma del sector de la salud se concentraron en tres áreas principales: la descentralización y la desconcentración de las funciones, acompañadas de la creación de 13 nuevas regiones sanitarias; la transferencia de recursos y responsabilidades desde el Ministerio de Salud hacia otras entidades, incluidas algunas del sector privado, y la formación de recursos humanos. También se emprendieron varias iniciativas de promoción de la salud, con participación de otros ministerios e instituciones. Como resultado de los esfuerzos del Gobierno y con apoyo de la OPS, se registraron mejoras sustanciales en la situación sanitaria. La cobertura de los servicios de salud, la infraestructura sanitaria y la participación aumentaron considerablemente. Además, mejoraron algunos indicadores como el de mortalidad infantil, se erradicó la poliomielitis, el virus del sarampión ya no se encontraba en el país, las carencias de micronutrientes se redujeron mediante la fortificación de los alimentos, y se aseguró la inocuidad de los suministros de sangre, entre otros logros.

La Dra. Gamero concluyó su intervención recalcando que la cooperación técnica que presta la OPS en varias áreas estratégicas coincide plenamente con los objetivos del Gobierno, de conformidad con el plan nacional de salud.

El Subcomité elogió al Dr. Mora y a la Dra. Gamero por el excelente informe presentado, que da una idea clara de cómo la cooperación técnica de la OPS está respondiendo a las prioridades y las necesidades sanitarias en El Salvador e incluye información metodológica y presupuestaria concreta. Más aún, dicho informe asigna la importancia necesaria a lo que está haciendo la OPS en el país, mientras que los informes de evaluaciones anteriores algunas veces tendían a destacar más las medidas tomadas por el país mismo. El documento también indica que el proceso de evaluación fue sumamente participativo. La participación de una amplia gama de actores sociales e institucionales es sumamente importante en países como El Salvador, con una historia reciente de conflicto entre varios segmentos de la sociedad.

Algunos representantes opinaron que el informe debía incluir un recuento más detallado de los resultados generados por la cooperación técnica de la Organización. Se formularon varias preguntas sobre si las lecciones aprendidas de esta evaluación iban a tener una mayor posibilidad de aplicación para la cooperación técnica con otros países de la Región.

La Dra. Gamero hizo notar que la evaluación conjunta había sido prácticamente un foro nacional sobre las acciones del sector sanitario a nivel nacional. Agregó que fue un proceso lento que exigió cuantiosos recursos humanos y financieros. Si bien el ejercicio fue valioso, hubiera resultado más productivo y menos costoso limitarlo a una sola área estratégica, lo cual habría permitido tener una visión más detallada de lo que se estaba logrando mediante la cooperación técnica de la OPS en ese terreno en particular.

El Dr. Mora dijo que era necesario buscar mecanismos que permitieran a la Organización obtener los beneficios que aportan las evaluaciones conjuntas, pero evitar sus costos elevados. Para futuras evaluaciones sería sensato adoptar la sugerencia de la Dra. Gamero y concentrarse en una o dos áreas prioritarias; no obstante, debido a que esta ha sido la primera evaluación realizada en El Salvador, resultaba importante considerar la totalidad del programa de cooperación. La modernización de los sistemas de información también contribuirá a simplificar el proceso de evaluación, porque cuanto más sistematizada esté la información, más fácil resultará cuantificar los resultados de la cooperación técnica.

En respuesta a las preguntas relativas a un mayor campo de aplicación de las evaluaciones conjuntas de la cooperación técnica, el Dr. Alleyne señaló que una de las lecciones aprendidas es que, en la etapa de programación, se estipulen claramente cuáles son los resultados esperados de la cooperación y quién tendrá a su cargo lograrlos. La Organización está aplicando actualmente, continuó el Dr. Alleyne, esas lecciones en la programación de toda su cooperación técnica. Las evaluaciones conjuntas brindan tanto beneficios directos como indirectos. El beneficio directo es el de mostrar hasta qué punto la cooperación técnica de la Organización está respondiendo a las prioridades de los países. El beneficio indirecto consiste en que las evaluaciones acercan a gente de los países que, de lo contrario, no habrían estado en contacto, lo cual favorece mejores relaciones intersectoriales.

El Director agradeció a la Dra. Gamero su valiosa contribución al éxito de la evaluación.

Progreso en la ejecución del Plan Regional de Acción sobre Violencia y Salud (Documento SPP26/4)

El Dr. João Yunes, Director interino de la División de Promoción y Protección de la Salud, presentó este tema. Mencionó estadísticas que ilustran el aumento alarmante del número de muertes y lesiones debidas a la violencia en la Región y recalcó que el fenómeno de la violencia está enraizado en la pobreza y las inequidades sociales, que tienden a conducir a comportamientos agresivos como una forma de resolver los conflictos familiares y sociales. Controlar la epidemia de violencia es uno de los

mayores retos que se plantean actualmente los profesionales de la salud pública. El sector de la salud tiene una función importante que desempeñar para abordar el problema mediante la promoción de la equidad y el respeto por la vida humana, así como la integridad física y psicosocial de toda la gente. Por lo tanto, la División de Promoción y Protección de la Salud ha hecho de la ejecución del Plan Regional de Acción sobre Violencia y Salud una de sus prioridades.

El Dr. Rodrigo Guerrero, Coordinador del Programa de Modos de Vida Sanos y Salud Mental, expuso el contenido del documento, que resumía las acciones emprendidas por la Secretaría en el contexto del Plan Regional de Acción formalizado mediante una resolución adoptada por el Consejo Directivo en 1993. Hizo hincapié en que el Plan está muy orientado hacia la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, acatando los principios establecidos en la Resolución CD37.R19. Una de las principales actividades realizadas de acuerdo al Plan fue la Conferencia Interamericana sobre Sociedad, Violencia y Salud, que tuvo lugar en Washington, D.C., en noviembre de 1994. La Conferencia reunió a líderes de alto nivel de toda la Región para debatir el tema de la epidemia de violencia y buscar soluciones. Las conclusiones y recomendaciones de la reunión se divulgaron en la World Wide Web y van a publicarse en el futuro cercano.

Otro ámbito sumamente importante de actividad, de acuerdo con el Plan, es la vigilancia epidemiológica, que hizo posible entender los factores de riesgo para la violencia, requisito esencial para concebir soluciones al problema. El Dr. Guerrero señaló que la mortalidad generada por la violencia probablemente se subestimaba en muchos países debido a una clasificación errónea de las defunciones debidas a causas externas. Por lo tanto, se considera esencial establecer pautas claras para ayudar a los países a registrar correctamente esas muertes. Con esta finalidad, la Organización copatrocinó un taller sobre vigilancia epidemiológica de homicidios y suicidios, realizado en Cali (Colombia) en mayo de 1995. Las recomendaciones del taller ya se están aplicando en varios países. Se planificaron otros talleres sobre vigilancia epidemiológica que tendrán lugar en el futuro cercano.

Otras actividades fueron el diseño de un estudio multicéntrico sobre normas culturales y actitudes con respecto a la violencia, destinado a encontrar explicaciones para las tendencias violentas y las razones por las que a veces hay marcadas diferencias entre países que son similares en otros sentidos; un taller sobre los costos de la violencia con miras a obtener un instrumento único normalizado para medir el impacto económico de la violencia, y seminarios para dirigentes gubernamentales y miembros de los medios de comunicación sobre formas de prevenir la violencia y fomentar estilos de vida sanos.

Los miembros del Subcomité elogiaron a la Organización por todo lo que ha logrado en los dos años transcurridos desde el lanzamiento del Plan, la importancia que asigna el Plan a la vigilancia epidemiológica, al aumento de la toma de conciencia sobre

el problema y a la movilización de recursos es la adecuada. Se han hecho buenos progresos hacia el logro de un mejor entendimiento de la magnitud y complejidad del problema, lo que es esencial antes de proponer cualquier solución. No obstante, se señaló que los problemas deben estudiarse más a fondo. Es necesario examinar y abordar factores tales como el desempleo, la distribución desigual del ingreso y la mala calidad de la educación y la vivienda, que son causas subyacentes de la violencia. Las actividades planificadas para aumentar la toma de conciencia entre los medios de comunicación se consideraron sumamente importantes, y se instó a la OPS a efectuar otras actividades similares destinadas a lograr la movilización social.

Varios representantes consideraron que el documento no prestaba la debida atención a las manifestaciones y las consecuencias de la violencia contra las mujeres, los jóvenes y los ancianos, ni tampoco consideraba otras formas de violencia, aparte del homicidio y el suicidio. El abandono y el descuido son también expresiones de violencia. Se señaló que el desglose geográfico de las tasas de homicidio presentadas en el documento no aportaban ninguna base para el análisis o la comparación. Hubiera sido preferible agrupar los países por tasas, puesto que ello ofrecería algunas claves acerca de por qué las tasas son más altas en algunos países y relativamente bajas en otros.

El Dr. Yunes estuvo de acuerdo en que sería aconsejable presentar los datos por país y no por subregión, debido a que la agrupación subregional esconde las diferencias entre países, que en ocasiones pueden ser considerables. Aun dentro de un mismo país, se observan a veces marcadas diferencias en las tasas de defunción por causas violentas. En respuesta a la sugerencia de que el documento debía haber prestado mayor atención a otras formas de violencia, aclaró que la Secretaría consideraba el término "causas violentas" para indicar causas externas, lo que incluye homicidios, suicidios y accidentes de vehículos automotores y otros tipos de accidentes. De estas tres, el homicidio fue la causa de muerte que aumentó más drásticamente en la Región, lo que explica la importancia que asigna el documento a esa forma de violencia. No obstante, la OPS conoce muy bien la gravedad de otros tipos de violencia, tales como el abuso contra los niños y la violencia contra las mujeres.

El Dr. Guerrero señaló que para formular el Plan de Acción primero fue necesario definir lo que constituye violencia, lo que no siempre resulta fácil. La Organización decidió adoptar la definición usada por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (EUA), que es deliberadamente una definición más bien limitada, pero que permitió empezar a medir el problema y suministró un punto de partida común para el debate. Aunque se reconoce la importancia de otras formas de violencia no mortal, resulta mucho más difícil cuantificar sus efectos. Los incidentes de violencia contra mujeres y niños con frecuencia no se notifican. Se necesitan nuevos métodos que hagan posible evaluar la magnitud y el impacto de esos problemas.

En relación con el desglose geográfico de los países que se hizo en el documento, ello se debió a que se trataba de la misma clasificación usada en la publicación *Las condiciones de salud en las Américas*, y que tiene la ventaja de que los datos se captan más fácilmente. Sin embargo, reconoció la necesidad de presentar los datos de tal forma que permitan la comparación. Hizo hincapié en que el objetivo fundamental de la Organización es el de dar la información y el apoyo que necesitan los países con miras a que éstos formulen sus propios planes de acción y movilicen recursos para hacerle frente al problema de la violencia. La situación en cada país es diferente y, por ende, cada país debe encontrar soluciones que se adapten a sus necesidades particulares. El Dr. Guerrero agradeció a los representantes sus comentarios sobre el documento y les aseguró que estos se incorporarán en la versión que se presentará al Comité Ejecutivo.

El Director indicó que el documento presentado al Subcomité tenía como propósito ser un seguimiento del Plan Regional de Acción y, por lo tanto, no daba muchos detalles sobre ciertos asuntos. Muchas de las preocupaciones expresadas por los representantes se abordaron en el Plan de Acción y en el documento que contiene las conclusiones de la Conferencia Interamericana sobre Sociedad, Violencia y Salud. No obstante, dichos documentos son muy voluminosos y se pensó que era poco práctico anexarlos al Documento SPP26/4. También señaló que era imposible concebir soluciones a un problema sin entender su naturaleza, lo que significa estar de acuerdo en una definición concreta del mismo. Por esa razón, la Secretaría decidió utilizar la definición que aparece en el documento. En relación con el problema de la violencia contra las mujeres dijo que la Organización había emprendido un esfuerzo importante para ver cómo podía exponerse a la luz pública y qué podía hacerse para resolverlo.

Evaluación de las orientaciones estratégicas y programáticas para 1995-1998 (Documento SPP26/6)

El Dr. Germán Perdomo, de la Oficina de Análisis y Planificación Estratégica, recordó que la Resolución CSP24.R3 solicitó a los países y a la Secretaría vigilar el progreso hacia el cumplimiento de las orientaciones estratégicas y programáticas (OEP) y los instó a aprovechar la experiencia obtenida en la evaluación de las OEP para 1995-1998 al formular las correspondientes al quadrienio 1999-2002. A continuación esbozó los pasos que la Secretaría había dado hasta la fecha en el proceso de evaluación.

La evaluación se propuso determinar cómo se habían incorporado las OEP en la programación de la cooperación técnica de la Organización y en las políticas y planes nacionales de los países. Desde 1995, la Secretaría ha venido aplicando las OEP en la programación de toda la cooperación técnica, utilizando el Sistema de Planificación, Programación, Seguimiento y Evaluación de la Región de las Américas (AMPES); en varias ocasiones se ha presentado información detallada sobre el AMPES a los Cuerpos Directivos. Para cada proyecto de cooperación técnica se definen objetivos e indicadores

claros y ellos se vinculan a las líneas de acción establecidas de acuerdo a las OEP, lo que constituye la base para vigilar el acatamiento por la Secretaría de esas líneas de acción. Con todo, puesto que la cooperación técnica de la OPS se presta como respuesta a las necesidades y los planes nacionales de salud, también resultaba necesario examinar cómo se reflejaban las OEP en las políticas y la planificación del país. Con esta finalidad, la Secretaría seleccionó varios países para participar en un proceso piloto de evaluación.

Esta experiencia inicial de evaluación condujo a varias constataciones importantes que van a aplicarse cuando el proceso de evaluación se amplíe al resto de los países. El Dr. Perdomo mencionó varios resultados notables de la evaluación. El principal de ellos es que en los países evaluados, las OEP se estaban reflejando realmente en los planes y las políticas nacionales de salud; no obstante, no todos los países han elaborado indicadores para el seguimiento y la evaluación. Funcionarios de los países insistieron en que se hiciera todo lo posible por utilizar indicadores tradicionales de salud pública y los sistemas de información existentes, con miras a evitar el costo de elaborar nuevos indicadores y sistemas. Sin embargo, es necesario formular nuevos indicadores para medir cambios en las inequidades en materia de salud y en ámbitos tales como la promoción de la salud, en los que todavía no hay buenos indicadores. Además, funcionarios de los países indicaron claramente que la vigilancia y la evaluación de las OEP viene a ser lo mismo que vigilar y evaluar las políticas y los planes nacionales. Debe ser un proceso nacional y es necesario designar a ciertas personas en particular a nivel del país, dentro del gobierno y en la Representación de la OPS/OMS, para que asuman la responsabilidad de la evaluación. Finalmente, los funcionarios nacionales recomendaron que se prepararan informes anuales antes de la presentación del informe final sobre evaluación de las OEP a la XXV Conferencia Sanitaria Panamericana.

El Subcomité estuvo de acuerdo, por unanimidad, sobre la importancia de hacer el seguimiento y la evaluación del grado de aplicación de las orientaciones estratégicas y programáticas. No obstante, los representantes disintieron en cuanto a cuál debe ser el aspecto más importante de la evaluación. Algunos opinaron que esta debe enfocarse principalmente a determinar cómo se habían incorporado las OEP en la cooperación técnica que presta la Organización a los países. El documento incluía muy poca información acerca de lo que había hecho la Secretaría para seguir las líneas de acción establecidas de conformidad con las OEP. Otros representantes opinaron que la evaluación de las OEP debe ser un proceso nacional. Uno de ellos señaló que la verdadera prueba de las orientaciones es la repercusión que tienen sobre la vida de la gente de los países, y con miras a determinar dicho impacto es esencial observar cómo se aplican las OEP a nivel nacional. Otros indicaron que el propósito de las OEP es orientar el trabajo de toda la Organización, lo que incluye tanto a los países como a la Secretaría. Las OEP, por lo tanto, son una definición colectiva de metas y objetivos, aunque no todos los países tengan las mismas metas y objetivos.

Hubo consenso entre los representantes en el sentido de que debe hacerse todo lo posible para utilizar los datos y los indicadores existentes a objeto de reducir la carga de los países, a los cuales se les pide generar datos para muchos informes diferentes. Varios representantes también hicieron hincapié en la necesidad de que la Organización preste cooperación técnica para ayudar a los países a compilar la información requerida para la evaluación de las OEP. También se insistió en la importancia de tener información de referencia para medir el progreso.

En relación con la formulación de las orientaciones estratégicas y programáticas para 1999-2002, se indicó que la evaluación inicial de apenas unos cuantos países no aporta suficiente información que permita al Subcomité sacar conclusiones acerca de cómo deben modificarse o adaptarse las orientaciones para el próximo cuatrienio. Se necesita más información sobre la eficacia de las actuales OEP en todos los países. Sin embargo, independientemente de los resultados de la evaluación, se piensa que las próximas OEP deberán concentrarse en problemas que sean motivo de preocupación para la gran mayoría de los países y que tengan un gran impacto social, como por ejemplo, el SIDA. Las nuevas orientaciones también deberían hacer hincapié en actividades tales como la vigilancia de enfermedades, que puede realizar mejor una organización internacional. Es esencial concentrar los esfuerzos y los recursos en los ámbitos en los cuales la OPS tiene una ventaja comparativa y puede tener verdadero impacto.

El Dr. Perdomo señaló que durante 1996 el proceso de evaluación tiene que ser ampliado al resto de los países de la Región. La experiencia derivada del ejercicio inicial descrito en el documento y las recomendaciones de los Cuerpos Directivos también se tomarán en cuenta al realizar la evaluación de toda la Región. Estuvo de acuerdo en la necesidad de obtener datos de referencia con miras a evaluar hasta qué punto han mejorado las condiciones de salud. Para fines de evaluación, el año de referencia sería 1994, fecha en que se adoptaron las OEP, aunque la Secretaría reconoce que en algunos casos no se dispone de los datos correspondientes a ese año. Hizo hincapié en que deben hacerse los mayores esfuerzos posibles para reducir al mínimo la carga que impone la evaluación sobre los países, utilizando los mismos datos que ya se han recabado para otras evaluaciones y valoraciones de la situación sanitaria. En relación con el aspecto principal de la evaluación, destacó que los países han contraído el compromiso de aplicar las orientaciones a nivel nacional, por eso es esencial observar cómo están incorporando las OEP en sus políticas, planes y programas, y en qué forma la Secretaría está apoyando los esfuerzos de los países por intermedio de su cooperación técnica.

El Dr. Sotelo explicó que por conducto del AMPES la Secretaría estaba vigilando continuamente su cooperación técnica y hasta qué punto se estaban logrando los objetivos de las OEP. Las evaluaciones conjuntas, tal como la que se efectuó recientemente en El Salvador, y las exposiciones hechas ante los Cuerpos Directivos sobre el trabajo de los diversos programas regionales, también tenían como finalidad evaluar la eficacia de la cooperación técnica de la OPS.

El Director indicó que en ocasiones anteriores —en debates con los Cuerpos Directivos sobre el presupuesto, el AMPES y otros temas— la Secretaría había presentado informes detallados sobre los resultados que esperaba lograr de su trabajo, sobre la base de las OEP. Por lo tanto, no consideró necesario reiterar esa información en los documentos preparados para el Subcomité. Más aún, cuando los Cuerpos Directivos consideraron la evaluación de las orientaciones estratégicas para el cuatrienio 1991-1994, varios delegados señalaron que los países deberían participar desde el principio del período de cuatro años para determinar cómo se evaluarían las orientaciones. Por medio de la primera experiencia de evaluación descrita en el documento, la Secretaría estaba esforzándose por llevar a la práctica esa recomendación. Recalcó que las OEP representan un compromiso colectivo de la Secretaría y los países para trabajar hacia la disminución de las inequidades y el logro de la salud para todos. La evaluación, por lo tanto, debería ser también un esfuerzo colectivo. El informe final de las OEP demostraría lo que han hecho los países para alcanzar las metas colectivas y cómo los ha ayudado la Secretaría.

Progreso en la ejecución del Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud (Documento SPP26/8)

El Dr. Daniel López Acuña, Jefe de la Secretaría Ejecutiva del Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud (PIAS), presentó un resumen de las actividades que se habían emprendido desde que se aprobó el Plan Regional en 1992. Recordó que el Plan se concibió como una respuesta a largo plazo a los problemas revelados por la epidemia de cólera. El Plan sirvió de marco para la movilización de las inversiones necesarias en la Región con miras a superar los déficit existentes en los servicios de salud, en el saneamiento y en el abastecimiento de agua. El Dr. López Acuña dijo que inicialmente se notó cierta confusión en cuanto a la finalidad del Plan. Debido a su nombre, algunas personas pensaron que el Plan era exclusivamente una iniciativa ambiental. Sin embargo, el Plan está destinado a fomentar la inversión en el sector de la salud en su totalidad, incluida la salud ambiental. Se trata de una iniciativa orientada no solo a restablecer la corriente de inversiones que existía antes de la crisis económica de los años ochenta, sino también a utilizar la inversión como instrumento estratégico para la modernización y la reforma, tanto del sector sanitario como de los sectores relacionados con el medio ambiente.

En su calidad de organismo encargado de coordinar la ejecución del Plan en la Región, la OPS había emprendido varias actividades en los tres años desde que se lanzó el PIAS. Se estableció la Secretaría Ejecutiva del PIAS en la Oficina Sanitaria Panamericana, con la finalidad de coordinar los esfuerzos de las diversas divisiones y programas. Además, de conformidad con las orientaciones estratégicas y programáticas de la Organización, una de las principales actividades de la OPS es la de llamar la atención hacia los temas relacionados con la salud y el desarrollo humano en foros de

alto nivel donde participen líderes políticos, incluidas la II, la IV y la V Cumbres Iberoamericanas de Jefes de Estado y de Gobierno. La Organización también había brindado apoyo a las actividades de preinversión, ayudando a los países en la identificación, el diseño y la ejecución de proyectos de inversión que serían financiados con fondos nacionales o mediante la cooperación internacional. La OPS estaba prestando cooperación técnica para actividades de preinversión en cuatro ámbitos principales: el análisis sectorial, la elaboración de planes maestros de inversión, la formulación de propuestas de inversión y el desarrollo institucional para la planificación, administración y evaluación de proyectos de inversión.

Otro aspecto muy importante para la Organización había sido el de formar alianzas estratégicas con otros organismos multilaterales y bilaterales para prestar cooperación técnica y financiera para los esfuerzos de inversión de los países. El Dr. López Acuña recalcó que la OPS estaba procurando formar sociedades sinérgicas en las cuales la pericia técnica de la Organización pueda combinarse con los recursos financieros de los bancos internacionales de desarrollo, los organismos bilaterales y otros de cooperación multilateral para apoyar el desarrollo de los países. Describió varias actividades concretas que se habían llevado a cabo desde 1992 y concluyó diciendo que los esfuerzos de la Organización, unidos a los de otros organismos —en particular la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, el Banco Interamericano de Desarrollo y el Banco Mundial —habían sido sumamente fructíferos en cuestiones de elaboración de instrumentos y movilización del financiamiento para los análisis sectoriales, el diseño de proyectos de preinversión y la participación selectiva en la ejecución de los componentes de cooperación técnica de algunos proyectos de inversión.

Varios representantes describieron las formas en que sus países se habían beneficiado de la cooperación técnica de la Organización de conformidad con el PIAS y recalcaron que el Plan es muy necesario, ante los enormes déficit en los servicios sanitarios y de saneamiento ambiental que existen en la Región. Sin embargo, un representante señaló que el Plan era sumamente ambicioso y puso en duda que la Organización tuviera los recursos y la capacidad para llevar a la práctica una iniciativa de tal magnitud. Otros representantes hicieron hincapié en que el apoyo de la OPS es principalmente catalítico y que la Organización desempeña un papel clave para ayudar a los países a formular proyectos adecuados desde un punto de vista técnico, que luego los países podrían presentar a los organismos multilaterales de crédito para obtener financiamiento.

Diversos representantes plantearon preguntas relativas a las funciones de la Secretaría Ejecutiva del PIAS y si ellas se superponían a las de otros programas de la Secretaría de la OPS. Se sugirió que puede ser más eficaz asignar la responsabilidad del Plan a una de las divisiones.

Hubo consenso en que el alcance del Plan y la función de la OPS para ejecutarlo tenían que delimitarse claramente. En particular, opinaron los representantes, si bien se habían identificado plenamente los problemas ambientales que se iban a abordar, se necesitaba una definición más precisa de las actividades que se van a emprender según el componente de salud del Plan. Varios representantes observaron que el documento destacaba mucho la reforma del sector de la salud y el uso de la inversión como un instrumento estratégico para la reforma, lo que parecía indicar un cambio con respecto al centro de interés original del Plan, que consistía en corregir las deficiencias en materia de saneamiento, agua potable, residuos sólidos y servicios de salud. Se instó a la OPS a que intensificara su colaboración con otros organismos multilaterales, así como a que ampliara las consultas formales con otros donantes bilaterales, con miras a lograr mejor coordinación de los esfuerzos y encauzar los recursos de manera más eficaz.

En respuesta a las preguntas relativas al elemento fundamental del Plan y la importancia que se está asignando a la reforma sanitaria, el Dr. López Acuña dijo que no ha cambiado el elemento fundamental original del Plan. El Plan exigía inversiones en dos ámbitos principales: la salud ambiental, incluido el abastecimiento de agua, el saneamiento y la eliminación de residuos sólidos, y los servicios y la infraestructura de salud. En este último ámbito, la gran mayoría de las solicitudes de cooperación técnica y financiera tenían que ver con algún aspecto de la reforma sanitaria (por ejemplo, ampliación de la cobertura, modernización de servicios, reducción de las inequidades), lo que explicaba la importancia que asignaba el documento a la reforma sanitaria.

Con respecto a la participación de la Organización en la ejecución del PIAS, su función básica era la de apoyar a los países en la formulación de proyectos de inversión y en la movilización de financiamiento para dichos proyectos. Mediante sus actividades de preinversión, la OPS vino a colmar una necesidad urgente expresada por muchos países. Los organismos financieros multilaterales tenían un mandato de aumentar el volumen de los préstamos para proyectos del sector social, pero los países carecían de la capacidad de diseñar proyectos que pudiesen satisfacer los requisitos de los organismos de crédito y, por ende, necesitaban el apoyo técnico de la OPS para esta finalidad.

En respuesta a la pregunta sobre las consultas con organismos donantes y de crédito, el Dr. López Acuña recalcó que la OPS había creado mecanismos tanto formales como informales para facilitar tales consultas. Uno de ellos es el Consejo Asesor del PIAS, en el que participan diversos organismos multi y bilaterales, además de la OPS. La Organización también sostuvo debates informales en forma sistemática con el Banco Interamericano de Desarrollo y con el Banco Mundial.

El Director señaló que muchas de las cuestiones planteadas por los representantes se habían abordado en el plan original. Del mismo modo que en el Plan Regional de Acción sobre Violencia y Salud, tal vez se hubiera podido evitar parte de la confusión

si en el documento presentado al Subcomité se hubiesen incluido más antecedentes. Se comprometió formalmente a que se incluirían más antecedentes y más información del tipo solicitado por los representantes la próxima vez que se presentara a los Cuerpos Directivos un informe sobre el PIAS. Dijo que respondería a las preguntas sobre la conveniencia de transferir la responsabilidad del PIAS a una de las divisiones cuando el Subcomité discutiera el presupuesto.

Anteproyecto de presupuesto por programas de la Organización Mundial de la Salud para la Región de las Américas para el ejercicio económico 1998-1999 (Documento SPP26/10)

El Sr. Leo Lamarche, de la Oficina de Presupuesto, dijo al Subcomité que en las normas de presupuesto y planificación emitidas por el Director General de la OMS para el bienio 1998-1999 no prevían ningún crecimiento general de los programas con respecto al presupuesto de 1996-1997. En consecuencia, para mantener su nivel actual de actividades de los programas, la OPS tendría que absorber un aumento de costos de aproximadamente US\$ 6,5 millones. La asignación inicial de planificación recibida del Director General fue de \$79.794.000.

El Director recordó que la Asamblea Mundial de la Salud había aprobado el presupuesto de 1996-1997 con un aumento de 2,5%, y había habido mucho debate en cuanto a la forma de prorratearlo. Finalmente, sin embargo, la mayor parte se había destinado a satisfacer las diferencias cambiarias en la Sede de la OMS y en las otras regiones. A la Región de las Américas le corresponden \$79,8 millones, que es una suma igual a la del bienio 1994-1995, y no se aprobó el aumento de costos de 7,6% incluido en el anteproyecto de presupuesto presentado por la OPS. El Director General luego había reducido la parte que le corresponde a la Región en un 10%, o sea, casi \$8 millones. En consecuencia, en efecto, sería necesario absorber una reducción de casi 20% en la porción del presupuesto 1996-1997 asignado por la OMS a la Región.

Considerando esa situación, unida a la dificultad de que dos de los contribuyentes principales de la Organización tienen problemas para cancelar sus cuotas, será necesario tomar algunas precauciones para no concluir el bienio 1996-1997 con un déficit, como ocurrió en el bienio 1994-1995. Se hicieron consultas con personal de alto nivel dentro de la Secretaría, con todos los Representantes de la OPS/OMS y los directores de los centros panamericanos, así como con la Asociación de Personal, para determinar cómo deberán adaptarse las actividades de la Secretaría en respuesta a la insuficiencia presupuestaria. Luego se esbozaron algunas de las medidas propuestas, que incluían distinguir claramente las funciones de los programas regionales y de país, así como eliminar las actividades que no tengan carácter regional y las que no sean fundamentales para las responsabilidades principales de la Secretaría; reducir la contratación de consultores y compartir el personal entre las unidades; racionalizar algunos aspectos de

la estructura de los programas técnicos, incluida la fusión de la Secretaría Ejecutiva del PIAS con la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud; simplificar los trámites administrativos y analizar algunas áreas programáticas para determinar cómo pueden simplificarse y si alguna de sus funciones puede estar a cargo de instituciones nacionales.

Algunos de los cambios propuestos podrán efectuarse mediante la congelación o eliminación de puestos vacantes, transferencia de funcionarios o aceptación de la jubilación anticipada. El Director recalcó la necesidad de seguir un proceso abierto, lógico y transparente si se van a hacer reducciones de personal. También recalcó que algunos de los cambios propuestos serían beneficiosos aunque no hubiese insuficiencia en el presupuesto. Estas y otras medidas conducirían a una Secretaría mejor equipada para sobrevivir y prosperar en el próximo siglo. Todas las acciones propuestas se basaron en la premisa de que los países valoran la labor de la Secretaría y consideran que a la Organización le cabe un papel importante para mejorar la salud en las Américas.

El Subcomité elogió al Director por su enfoque sensato a la situación del presupuesto y por sus esfuerzos para lograr mayor eficiencia. Todos los representantes afirmaron el valor de la labor de la OPS. La erradicación de la poliomielitis se citó como apenas uno de los ejemplos de cómo la Organización ha ayudado a mejorar la salud de los habitantes de la Región. Su existencia continua es esencial para mantener los logros en materia de salud alcanzados hasta ahora y para responder eficazmente a nuevas amenazas.

Se hizo hincapié en la necesidad de evitar recortes generalizados en los programas, así como en la necesidad de aplicar criterios establecidos y asegurar la transparencia en el proceso de hacer reducciones en los programas. Ese proceso deberá estar orientado a las áreas programáticas que no tienen la máxima prioridad. Se sugirió que se analicen con sumo cuidado los centros panamericanos y el Programa de Salud Pública Veterinaria.

Se expresó mucha preocupación por la asignación insuficiente de fondos de la OMS a la OPS. Se recalcó que los países deberían poder opinar sobre la forma en que la OMS distribuye los fondos que ellos dan. Un representante señaló que tan solo 27,7% de la cantidad aportada por los países de la Región al presupuesto de la OMS volvió a la Región en la asignación de la OMS a las Américas, y con los recortes previstos en la asignación para 1998-1999, el porcentaje disminuiría a 27%. Varios representantes consideraron que los países deberan insistir en que el presupuesto de la OMS para la Región se aumente al menos en una cantidad que permita a la OPS cubrir los aumentos de costos y mantener su nivel actual de gasto en los programas.

El Representante de los Estados Unidos de América dijo que se preveía que las asignaciones presupuestarias de su país para las contribuciones a todas las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas iban a ser mucho menores que las cantidades requeridas para que este país pague la totalidad de sus cuotas en 1996. Es lamentable que la cantidad que la OPS va a recibir de la OMS probablemente sea menor que la suma presupuestada, debido en parte a que la cantidad que recibió la OMS de los Estados Unidos de América también será menor y la cantidad que recibirá la OPS para su propio presupuesto ordinario también será menor. De allí que, tanto la OMS como la OPS, deberán tratar de reorientar sus recursos. El representante también expresó la esperanza de que en el documento que se va a presentar en el Comité Ejecutivo se especifiquen con más detalle los gastos de los programas y se haga una comparación, no solo con el presupuesto anterior sino con el gasto real de la Organización.

El Sr. Lamarche explicó que el anteproyecto de presupuesto que se incluyó en el documento se había preparado de acuerdo con la forma de presentación establecida por la OMS. Aseguró al Subcomité que el presupuesto que se presentaría al Comité Ejecutivo desglosaría los gastos de los programas y demostraría claramente dónde se han hecho cambios y recortes.

El Director aseguró a los representantes que tendría presentes sus sugerencias en cuanto a cuáles de las áreas programáticas deberán examinarse para determinar si se están duplicando esfuerzos y si hay algunos aspectos que no sean fundamentales para el cometido principal de la Organización. En primer lugar se examinarían las áreas en las cuales pueden hacerse ahorros sin afectar la eficiencia y la eficacia de los programas. Agregó que se presentaría información más concreta sobre el asunto al Comité Ejecutivo. El Dr. Alleyne dijo que transmitiría al Director General de la OMS la opinión del Subcomité de que no debe haber reducción de la asignación a la Región; sin embargo, instó a los países que sean miembros del Consejo Ejecutivo de la OMS a que también lleven esta postura a la reunión del Consejo.

Colaboración entre la OPS y las organizaciones no gubernamentales (Documento SPP26/9)

La Sra. Kate Dickson, de la Oficina de Relaciones Externas, presentó el tema y señaló que el documento preparado por la Secretaría buscaba poner de relieve los logros de los últimos seis años en los que se había llevado a cabo la iniciativa para promover relaciones de trabajo más eficaces con las organizaciones no gubernamentales. El documento también enunciaba algunos criterios que deberán guiar el establecimiento de vínculos con las ONG. Hizo notar que cada vez es mayor la asistencia internacional que se canaliza por intermedio de las ONG, y éstas se han reconocido casi universalmente como socios activos e importantes en todos los sectores prioritarios del desarrollo. Cada vez más se consideran como uno de los muchos vehículos que podrían ayudar al

fortalecimiento del proceso democrático, a una mayor participación social y a mejorar el desempeño general de los gobiernos en materia de servicios sociales. La Sra. Dickson planteó las siguientes seis preguntas para la consideración por el Subcomité: 1) ¿cuán sistemáticamente está trabajando la Organización con las ONG en áreas programáticas tales como mujer, salud y desarrollo; enfermedades no transmisibles e infecciosas; la salud y el medio ambiente; población y salud de la familia; inmunización y vacunas; y el socorro de emergencia? 2) ¿podría hacerse más? 3) ¿han aceptado realmente los gobiernos que las ONG tienen una contribución significativa que hacer para lograr la meta de salud para todos? 4) ¿se están documentando y divulgando suficientemente las experiencias de colaboración con las ONG? 5) al trabajar con las ONG y otros sectores de la sociedad, ¿tiene la Organización una visión que se centre en las posibilidades y no en los problemas, una visión que abarque grandes cambios, así como esfuerzos prácticos? 6) ¿cuáles son las áreas prioritarias donde las ONG podrían hacer una contribución significativa?

La Sra. Dickson describió varias de las actividades de colaboración que la OPS había emprendido con las ONG desde 1991. Recalcó que el proceso había sido muy instructivo. Una de las lecciones principales que la Organización había aprendido fue que la colaboración con las ONG requiere personal especialmente adiestrado para administrar los procesos de colaboración y facilitadores con aptitudes probadas de negociación. En un seminario reciente sobre la formación de sociedades eficaces con las ONG, hubo consenso sobre la importancia de seguir dando precedencia a los esfuerzos de la OPS en esta área y a trabajar de manera más sistemática con las ONG en todos los programas. Del seminario habían surgido varias recomendaciones, entre ellas las siguientes: crear condiciones apropiadas que aumenten el reconocimiento de las ONG y de los gobiernos de sus respectivos puntos fuertes, ventajas comparativas y funciones; celebrar reuniones eficaces que consoliden las relaciones, aporten información valiosa y conduzcan a decisiones importantes sobre las prioridades nacionales y las líneas estratégicas de acción; revelen los intereses de las organizaciones; formen redes especiales por zonas geográficas y por temas, adecuadas para interactuar con los consejos gubernamentales a los niveles local, departamental y nacional; instar a la sistematización de experiencias de las ONG y a su difusión, debate y análisis subsiguiente; y establecer un ambiente que apoye los debates abiertos y francos entre los participantes y, además, reconozcan la independencia de las ONG y la autonomía institucional.

Concluyó haciendo notar que la experiencia y los conocimientos que la OPS había acumulado durante los seis años anteriores la colocaban en una posición de liderazgo en relación con otros organismos internacionales en cuanto a facilitar el diálogo constante y crear marcos estructurales para la colaboración práctica de las ONG en ámbitos concretos como la salud y el desarrollo humano. Los modelos preparados, las lecciones aprendidas y el esfuerzo para incorporar a las ONG, como parte diferenciada e

importante de la sociedad civil, en los procesos de desarrollo y de reforma sanitaria están empezando a servir como ejemplos de trabajo que podrían repetirse y adaptarse a las situaciones políticas, sociales y económicas de muchos países de la Región.

El Subcomité reconoció la importancia creciente de las ONG y la necesidad de consolidar relaciones de trabajo eficaces con ellas. Varios representantes describieron las maneras en las cuales las ONG estaban contribuyendo a la promoción de la salud y a las actividades de educación, así como a la prestación de servicios de atención de salud en sus países. Se señaló que la tradición de trabajar con las ONG no está tan adelantada en la mayoría de los países latinoamericanos como lo está en países como el Canadá y los Estados Unidos de América porque históricamente ha habido una falta de confianza y de entendimiento entre los gobiernos y las ONG. Muchas ONG de América Latina se formaron con fines políticos y a menudo se percibían como organizaciones opuestas al gobierno. Como resultado, se han perdido muchas oportunidades de colaboración productiva en el terreno de la salud. Los gobiernos ahora están reconociendo que muchas ONG tienen puntos fuertes y capacidades únicas que podrían hacer de ellas aliados valiosos. Por ejemplo, suelen tener mayor flexibilidad y vínculos más cercanos con las poblaciones locales. Sin embargo, sus actividades a menudo están relacionadas con un proyecto y, en consecuencia, son finitas. La colaboración entre los gobiernos y las ONG podría ayudar a dar mayor continuidad a sus esfuerzos.

Para trabajar eficazmente con las ONG es importante, en primer lugar, formar una relación basada en la confianza y en el respeto mutuo. También es necesario establecer un idioma común entre los gobiernos y las ONG debido a las diferentes perspectivas desde las cuales enfocan sus actividades. Se recalcó que las estrategias para trabajar con las ONG serían exitosas solo si se ejecutan a nivel nacional, departamental y local, teniendo presentes las características y la historia social particular de cada país. La Organización —especialmente los Representantes de la OPS/OMS en los países— tiene un papel importante que desempeñar como catalizador y facilitador del diálogo entre las ONG y los gobiernos.

Un representante señaló que la definición de las ONG incluida en el documento puede ser demasiado limitada, ya que abarca solo las ONG que se ocupan de prestar servicios o de efectuar investigación. Esa definición no tiene en cuenta muchas ONG que son organizaciones de promoción de la salud o que están dedicadas a la educación sanitaria. También se sugirió que, dadas las connotaciones negativas asociadas con el término "organizaciones no gubernamentales", puede ser preferible calificarlas como "organizaciones de la sociedad civil".

La Sra. Dickson observó que siempre resulta difícil llegar a una definición satisfactoria de las ONG, debido a la diversidad de estas organizaciones, y agregó que la Secretaría tomaría en cuenta los comentarios hechos por los representantes para

intentar formular una mejor definición en futuras versiones del documento. También recalcó que la OPS respeta la posición de cada país en cuanto a los ámbitos de trabajo en los cuales desean contar con la participación de las ONG.

En cuanto al nombre de "organización no gubernamental", el Director reconoció que tiene connotaciones negativas, pero señaló que las ONG no son los únicos componentes de la sociedad civil. Recalcó que la OPS no considera a las ONG como una alternativa en relación con los gobiernos. La Organización busca facilitar la acción entre las entidades de gobierno y las ONG, no socavar la autoridad de los gobiernos. Sin embargo, es importante reconocer y aprovechar aquello que las ONG pueden hacer más eficazmente que los gobiernos; a menudo estas tienen más libertad porque sus responsabilidades hacia las poblaciones que atienden no son iguales que las de los gobiernos que resultan de elecciones. Citó la participación de la Asociación Rotaria Internacional en el esfuerzo de erradicación de la poliomielitis como un ejemplo de la forma en que las ONG podrían complementar y mejorar el trabajo tanto de los gobiernos como de la OPS.

Examen de los términos de referencia y el reglamento interno del Subcomité (Documento SPP26/11)

El Dr. Juan Manuel Sotelo, Jefe de la Oficina de Análisis y Planificación Estratégica, señaló que la dinámica interna de la Organización y las condiciones en los Estados Miembros cambiaron desde el establecimiento del Subcomité en 1979. En consecuencia, es necesario ajustar las funciones y las responsabilidades del Subcomité para mejorar su papel como órgano asesor del Comité Ejecutivo. El documento incluye una propuesta para modificar los términos de referencia y el reglamento interno del Subcomité. Los cambios en los términos de referencia se orientaron, sobre todo, a fomentar un mayor intercambio de opiniones, alternativas y propuestas en las reuniones del Subcomité para que este haga aportes concretos a la formulación de orientaciones estratégicas y programáticas de la Organización para cada cuatrienio. En cuanto al reglamento interno propuesto, el principal cambio concierne a la fecha de entrega para enviar los documentos a los representantes, que se había disminuido de 30 días a 21 días, a objeto de que la fecha de entrega sea compatible con la establecida para los documentos del Comité Ejecutivo.

La Sra. Janice Barahona, Jefe de los Servicios de Conferencia, señaló que la propuesta presentada al Subcomité separaba los términos de referencia y el reglamento interno. En relación con el reglamento interno para facilitar la función asesora del Subcomité, los representantes podrían estudiar si quieren que la Secretaría modifique el estilo de los documentos presentados al Subcomité para que los representantes tengan una participación más activa en la determinación del contenido de los documentos finales que se presentarán al Comité Ejecutivo. Asimismo, los representantes tal vez deseen

considerar si hay algunas medidas que puedan hacer que la reunión sea más interactiva y suscite el debate informal, como por ejemplo, tener un moderador en lugar de un presidente, o hacer que durante el debate los participantes se identifiquen por su nombre y no por el país.

El Subcomité estuvo de acuerdo en que, en general, los términos de referencia propuestos son apropiados. Varios representantes señalaron que, si bien el Subcomité es un órgano asesor y, en consecuencia, no adopta formalmente decisiones o resoluciones, sería aconsejable tener alguna clase de mecanismo para expresar las decisiones del Subcomité. Se sugirió que, dada la necesidad de conservar los recursos, quizás no cabe esperar que la Organización pague los gastos de los representantes de los Gobiernos Miembros elegidos para participar en el Subcomité. Sin embargo, se señaló que para algunos países, cubrir los gastos de sus representantes impondría una carga sustancial y limitaría su capacidad de participar en las reuniones del Subcomité.

En cuanto al reglamento interno propuesto, la sugerencia de que durante los debates los representantes sean identificados por sus nombres y no por el del país se considera una buena manera de fomentar mayor informalidad e interacción. Un representante sugirió que la sección 4, relativa al establecimiento de grupos de trabajo ad hoc, debe especificar que los gobiernos observadores también tienen derecho a participar, junto con los miembros del Subcomité, en cualquiera de esos grupos de trabajo. El representante brasileño señaló que el reglamento interno estipula que los idiomas de trabajo del Subcomité son el inglés y el español, y sugirió que los miembros deberían tener derecho a solicitar que la traducción de los documentos y la interpretación simultánea durante las sesiones de trabajo se hiciera también en portugués o en francés, que son también idiomas oficiales de la Organización. En lo que se refiere a los documentos, a algunos representantes les agradó la idea de recibir proyectos de documentos, que luego podrían modificarse y terminarse, recordando los comentarios y las sugerencias del Subcomité. Otros opinaron que las versiones preliminares pueden ser menos claras y, en consecuencia, más difíciles de discutir. Sin embargo, cualquiera que sea la forma que tomen los documentos, es esencial que lleguen con suficiente anticipación a la reunión para que haya tiempo de hacerlos circular y recibir comentarios de los funcionarios nacionales. Los representantes instaron a la Secretaría a que haga todo lo posible para enviar los documentos con más de 21 días de anticipación. Agregaron que los documentos deben estipular con más claridad qué medidas o decisiones se esperan del Subcomité en relación con los diversos temas tratados.

El Director señaló que, debido a que el Subcomité es un órgano subsidiario del Comité Ejecutivo, los miembros no actúan a título personal, sino como representantes de sus gobiernos. Con respecto a los gastos de los miembros del Subcomité para asistir a estas reuniones, considera que la Organización tiene la obligación de ofrecer pagar los gastos de los representantes de los miembros, aunque los gobiernos no están obligados

a aceptar esa oferta. Recalcó que la propuesta para modificar los términos de referencia y el reglamento interno no refleja ninguna insatisfacción por parte de la Secretaría con el trabajo del Subcomité. Por el contrario, el objetivo es aclarar las funciones del Subcomité y promover mayor debate e intercambio en las reuniones.

Con respecto a la propuesta de establecer algún mecanismo para la toma de decisiones, dijo que consultaría con el personal de la Organización especializado en asuntos legales e informaría al Comité Ejecutivo sobre si es factible hacerlo. En cuanto a los idiomas de trabajo del Subcomité, señaló que la traducción y la interpretación en idiomas diferentes del español y el inglés representaría un gasto considerable y pidió la comprensión de aquellos miembros cuyo idioma es el francés o el portugués. Refiriéndose a la sección 7 del reglamento interno propuesto, observó que compete al Director designar al secretario técnico para las reuniones del Subcomité y dijo que la redacción de esa parte deberá cambiarse según convenga. Agradeció a los representantes sus sugerencias en lo referente a los documentos y dijo que la Secretaría se esforzaría en aclarar qué acciones o recomendaciones se esperan del Subcomité y que se haría todo lo posible para enviar los documentos a los países con más de 21 días de anticipación a las reuniones.

El Subcomité decidió recomendar que el Comité Ejecutivo apruebe los términos de referencia. Además, el Subcomité decidió aprobar el reglamento interno propuesto, con el cambio en la sección 7 indicado por el Director.

Anexos

PROGRAMA DE TEMAS

1. **Apertura de la reunión**
2. **Adopción del programa de temas y del programa de sesiones**
3. **Renovación de Salud para Todos**
4. **Progreso en la ejecución del Plan Regional de Acción sobre Violencia y Salud**
5. **Evaluación de la cooperación técnica de la OPS en El Salvador**
6. **Evaluación de las orientaciones estratégicas y programáticas para 1995-1998**
7. **Progreso de las actividades de reforma del sector salud**
8. **Progreso en la ejecución del Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud**
9. **Colaboración entre la OPS y las organizaciones no gubernamentales**
10. **Anteproyecto de presupuesto por programas de la Organización Mundial de la Salud para la Región de las Américas para el ejercicio económico 1998-1999**
11. **Examen de los términos de referencia y el Reglamento Interno del Subcomité**
12. **Otros asuntos**

LISTA DE DOCUMENTOS

Documentos de trabajo

- SPP26/3 Renovación de Salud para Todos
- SPP26/4 Progreso en la ejecución del Plan Regional de Acción sobre Violencia y Salud
- SPP26/5 Evaluación de la cooperación técnica de la OPS en El Salvador
- SPP26/6 Evaluación de las orientaciones estratégicas y programáticas para 1995-1998
- SPP26/7 Progreso de las actividades de reforma del sector salud
- SPP26/8 Progreso en la ejecución del Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud
- SPP26/9 Colaboración entre la OPS y las organizaciones no gubernamentales
- SPP26/10 Anteproyecto de presupuesto por programas de la Organización Mundial de la Salud para la Región de las Américas para el ejercicio económico 1998-1999
- SPP26/11 Examen de los términos de referencia y el Reglamento Interno del Subcomité

Documentos de información

Reglamento interno del Subcomité de Planificación y Programación

LISTA DE PARTICIPANTES



PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION
EXECUTIVE COMMITTEE OF THE DIRECTING COUNCIL

26th MEETING OF THE SUBCOMMITTEE ON PLANNING AND PROGRAMMING

Washington, D.C., 25-27 March 1996

SPP26/2, Rev. 1
27 March 1996
27 marzo 1996

**LIST OF PARTICIPANTS
LISTA DE PARTICIPANTES**

**MEMBERS OF THE SUBCOMMITTEE
MIEMBROS DEL SUBCOMITÉ**

BOLIVIA

Dr. Oscar Sandoval Morón
Secretario Nacional de Salud
Secretaría Nacional de Salud
La Paz

Dr. Javier Torres Goitia
Subsecretario Nacional de Salud
Secretaría Nacional de Salud
La Paz

BRAZIL/BRASIL

Sr. Orlando Timponi
Conselheiro, Missão Permanente do Brasil
junto à Organização dos Estados Americanos
Washington, D.C.

Sra. Eugênia Barthelmess
Secretária, Missão Permanente do Brasil
junto à Organização dos Estados Americanos
Washington, D.C.

CANADA/CANADÁ

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

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

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

EL SALVADOR

Dra. Ana María Alfaro de Gamero
Viceministra de Salud Pública y Asistencia Social
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
San Salvador

PERU/PERÚ

Dr. Pablo Augusto Meloni
Director General
Oficina de Financiamiento, Inversiones y
Cooperación Externa
Ministerio de Salud
Lima

UNITED STATES OF AMERICA
ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

Ms. Linda A. Vogel
Director
Office of International and Refugee Health
U.S. Public Health Service
Department of Health and Human Services
Rockville, Maryland

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

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

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

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

URUGUAY

Dr. Alfredo Solari
Ministro de Salud Pública
Ministerio de Salud Pública
Montevideo

Dra. Beatriz Rivas
Diretora de la Unidad de Relaciones Internacionales
Ministerio de Salud Pública
Montevideo

**OBSERVERS
OBSERVADORES**

**PAHO MEMBER GOVERNMENTS
GOBIERNOS MIEMBROS DE LA OPS**

BAHAMAS

Dr. Merceline Dahl-Regis
Maternal and Child Health Consultant
Ministry of Health and Environment
Nassau

CUBA

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

FRANCE/FRANCIA

M. Alain de Keghel
Observateur adjoint de la France près
l'Organisation des Etats Américains
Washington, D.C.

MEXICO/MÉXICO

Dr. Federico Ortíz-Quesada
Director General de Asuntos Internacionales
Subsecretaría de Coodinación y Desarrollo
Secretaría de Salud
México, D.F.

Sr. Jorge Cicero Fernández
Consejero, Misión Permanente de México ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

OBSERVERS (cont.)
OBSERVADORES (cont.)

PAHO MEMBER GOVERNMENTS (cont.)
GOBIERNOS MIEMBROS DE LA OPS (cont.)

MEXICO/MÉXICO (cont.)

Sr. Juan ALfredo Miranda
Primer Secretario
Misión Permanente de México ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

**PAN AMERICAN SANTARY BUREAU
OFICINA SANTARIA 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/Director Adjunto

Dr. Mirta Roses
Assistant Director/Subdirectora

Mr. Thomas Tracy
Chief of Administration/Jefe de Administración

Dr. Stephen J. Corber
Director, Division of Disease Prevention and Control
Director, División de Prevención y Control de Enfermedades

Mr. Horst Otterstetter
Director, Division of Health and Environment
Director, División de Salud y Ambiente

Dr. José María Paganini
Director, Division of Health Systems and Services Development
Director, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud

Dr. José R. Teruel
Director, Division of Health and Human Development
Director, División de Salud y Desarrollo Humano

Dr. João Yunes
Acting Director, Division of Health Promotion and Protection
Director Interino, División de Promoción y Protección de Salud

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

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

Dr. Ciro de Quadros
Director, Special Program on Vaccines and Immunization
Director, Programa Especial de Vacunas e Inmunización

Dr. Irene Klinger
Chief, Office of External Relations
Jefe, Oficina de Relaciones Externas

Dr. Juan Manuel Sotelo (*Technical Secretary/Secretario Técnico*)
Chief, Office of Analysis and Strategic Planning
Jefe, Oficina de Análisis y Planificación Estratégica

Chief, Department of Conference and General Services
Jefe, Departamento de Conferencia y Servicios Generales

Mr. César A. Portocarrero

Chief, Conference Services
Jefe, Servicio de Conferencias

Ms. Janice A. Barahona