



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD  
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



## 126.<sup>a</sup> SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C., 26 al 30 de junio de 2000

*Punto 3.1 del orden del día provisional*

CE126/5 (Esp.)

11 mayo 2000

ORIGINAL: ESPAÑOL

### SUBCOMITÉ DE PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN

El Subcomité de Planificación y Programación (SPP) celebró dos sesiones durante el período transcurrido desde la última sesión del Comité Ejecutivo: la 33.<sup>a</sup> sesión, los días 2 y 3 de diciembre de 1999 y la 34.<sup>a</sup> sesión del 29 y el 30 de marzo de 2000.

La 33.<sup>a</sup> sesión contó con la asistencia de representantes de los siguientes Miembros del Subcomité elegidos por el Comité Ejecutivo o designados por el Director: Bolivia, Canadá, Cuba, Ecuador, Estados Unidos de América, Guyana y México. También estuvieron presentes observadores por Brasil y Honduras.

A la 34.<sup>a</sup> sesión, asistieron los representantes de los siguientes Miembros del Subcomité, elegidos por el Comité Ejecutivo o por designación del Director: Bolivia, Canadá, Costa Rica, Cuba, Ecuador, Estados Unidos de América, Guyana, México y República Dominicana. También estuvieron presentes observadores por Antigua y Barbuda, Honduras, Panamá y Uruguay. Representantes de la Asociación Latinoamericana de Industrias Farmacéuticas (ALIFAR), Emergency Care Research Institute (ECRI), la Federación Latinoamericana de la Industria Farmacéutica (FIFARMA), y United States Pharmacopeia (USP) estuvieron también presentes.

Fueron electos como autoridades de las dos sesiones los representantes de Ecuador como Presidente, de Cuba como Vicepresidente y de Bolivia como Relator.

Los siguientes temas fueron considerados durante estas sesiones:

- Biblioteca Virtual en Salud
- Protección de los alimentos
- Enfermedades cardiovasculares, en especial la hipertensión arterial

- Participación de la Organización Panamericana de la Salud en la reforma de las Naciones Unidas en los Estados Miembros
- Funcionamiento del Subcomité de Planificación y Programación
- Salud materna
- Reparaciones al edificio de la sede de la OPS
- Política sobre el presupuesto por programas de la Organización Panamericana de la Salud
- Perspectivas para la colaboración de la Organización Panamericana de la Salud con organizaciones no gubernamentales
- Salud infantil
- El significado del panamericanismo para la Organización Panamericana de la Salud
- Equipos y dispositivos médicos
- Armonización de la reglamentación farmacéutica en las Américas
- La tecnología de la información en la Organización Panamericana de la Salud

En relación al funcionamiento del SPP, se informó sobre su funcionamiento desde 1979 hasta 1998, con inclusión del grado y la frecuencia de la participación por los diversos Estados Miembros en las sesiones, y se describió el contexto actual en el cual está funcionando el Subcomité. Finalmente, se pidió a los Miembros del Subcomité que debatieran sobre: hasta qué punto debe el SPP participar en la planificación estratégica y en la evaluación de la cooperación técnica en los ámbitos nacional y regional; la clase de temas que debe tratar el SPP; en qué medida deben estar dichos temas relacionados con la planificación a largo plazo, y no con la planificación en el futuro inmediato; y las modalidades de trabajo y frecuencia de las sesiones del SPP.

Los delegados estuvieron de acuerdo en que el SPP podría concentrarse más en el mejoramiento de los procesos de planificación a largo plazo y en la evaluación de los resultados de dichos procesos. Además, se reconoció el valor de la función del Subcomité al informar al Comité Ejecutivo sobre asuntos programáticos. También se recalcó que, en su calidad de órgano asesor del Comité Ejecutivo, el Subcomité tiene la responsabilidad de examinar cualquier asunto que le remita el Comité.

En cuanto a la forma y la frecuencia de las sesiones del SPP se sugirió celebrar solo una sesión cada año y considerar la posibilidad de hacerla fuera de la sede de Washington. También se propuso fomentar una mayor informalidad y más diálogo en las sesiones, y modificar la composición del Subcomité para incluir un menor número de Miembros del Comité Ejecutivo con un mandato más largo, pero buscando una participación más amplia de los Estados Miembros, en particular aquellos que rara vez o nunca hayan participado en las sesiones del SPP. Además, se recomendó invitar a

expertos técnicos externos, tanto del sector público como del privado, para que participen en la redacción de los documentos y en los debates del Subcomité.

Se recalcó que los documentos preparados para consideración por el Subcomité, especialmente los relacionados con cuestiones de programación, deberían incluir siempre un análisis del grado en que las actividades previstas contribuirían a una mayor equidad y, además, contener información sobre las consecuencias financieras de los asuntos de programación.

Se adjuntan los informes finales correspondientes a las dos sesiones.

Anexos



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD  
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



## **33.<sup>a</sup> SESIÓN DEL SUBCOMITÉ DE PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO**

*Washington, D.C., 2-3 de diciembre de 1999*

---

CE126/5 (Esp.)  
Anexo A

SPP33/FR (Esp.)  
3 diciembre 1999  
ORIGINAL: ESPAÑOL

**INFORME FINAL**

## ÍNDICE

	<i>Página</i>
Mesa directiva .....	3
Apertura de la sesión .....	3
Adopción del orden del día y del programa de reuniones .....	3
Presentación y debate de los puntos del orden del día .....	4
Biblioteca Virtual en Salud.....	4
Protección de los alimentos .....	8
Enfermedades cardiovasculares, en especial la hipertensión arterial.....	13
Participación de la OPS en la reforma de las Naciones Unidas en los Estados Miembros .....	16
Funcionamiento del Subcomité de Planificación y Programación .....	22
Salud materna .....	28
Reparaciones al edificio de la sede de la OPS .....	32
Otros asuntos .....	34
Clausura de la sesión.....	36
Anexo A: Orden del día	
Anexo B: Lista de documentos	
Anexo C: Lista de participantes	

## INFORME FINAL

La 33.<sup>a</sup> sesión del Subcomité de Planificación y Programación del Comité Ejecutivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se celebró en la sede de la Organización en Washington, D.C., los días 2 y 3 de diciembre de 1999.

La sesión contó con la asistencia de los representantes de los siguientes Miembros del Subcomité elegidos por el Comité Ejecutivo o designados por el Director: Bolivia, Canadá, Cuba, Ecuador, Estados Unidos de América, Guyana y México. También estuvieron presentes observadores por Brasil y Honduras.

### Mesa Directiva

El Subcomité eligió la siguiente Mesa Directiva:

<i>Presidente:</i>	Ecuador	(Dr. César Hermida)
<i>Vicepresidente:</i>	Cuba	(Dr. Antonio González Fernández)
<i>Relator:</i>	Bolivia	(Dr. Fernando Cisneros del Carpio)

Sir George Alleyne (Director, Oficina Sanitaria Panamericana) fue Secretario *ex officio*, y la Dra. Karen Sealey (Jefa, Oficina de Análisis y Planificación Estratégica) actuó como Secretaria Técnica.

### Apertura de la sesión

El Presidente inauguró la sesión y dio la bienvenida a los participantes. El Director también pronunció algunas palabras de bienvenida y señaló que el Subcomité iniciaba su reunión el día 2 de diciembre, aniversario de la fundación de la OPS. Estaba seguro de que la sesión sería muy productiva y que se caracterizaría por el mismo espíritu de diálogo abierto de las sesiones anteriores. Tenía muchas expectativas, especialmente en cuanto a los debates sobre las funciones del Subcomité, que indudablemente resultarían beneficiosos para el trabajo de la Organización en su totalidad.

### Adopción del orden del día y del programa de reuniones (documentos SPP33/1 y SPP33/WP/1, Rev. 1)

De conformidad con el Artículo 2 de su Reglamento Interno, el Subcomité adoptó el orden del día provisional, con el agregado, por sugerencia del Director, de un tema

sobre las reparaciones al edificio de la Sede de la OPS. El Subcomité también adoptó el programa de reuniones.

## **Presentación y debate de los puntos del orden del día**

### ***Biblioteca Virtual en Salud (documento SPP33/6)***

El Sr. Abel Packer (Director, Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud) (BIREME) describió el proyecto de la Biblioteca Virtual en Salud (BVS), que se inició en el BIREME en 1998 como parte de la cooperación técnica de la Organización en la esfera de la información científica y técnica. El objetivo del proyecto era garantizar el acceso amplio y equitativo a la información científica y técnica sobre salud, como requisito para el desarrollo sanitario integral en la Región. La BVS era una red de recursos de información sanitaria en Internet. Su desarrollo y funcionamiento estaban descentralizados y los llevaban a cabo instituciones distribuidas en toda América, en particular, las redes nacionales de bibliotecas y centros de documentación que constituían la Red Latinoamericana y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud, coordinada por BIREME, que había sido un componente fundamental de la cooperación técnica de la OPS durante el último decenio. Se esperaba que la BVS se convirtiera en una fuente valiosa de información fidedigna y fácilmente accesible para los profesionales de la salud, los educadores y los niveles de toma de decisiones, así como para el público en general.

La ejecución del proyecto tendría lugar en tres etapas: 1) 1999-2000, período de puesta en marcha; 2) 2001-2003, etapa en la cual la BVS cobraría impulso y se incorporarían en la red nuevas instituciones y fuentes de información; y 3) a partir de 2003, cuando la BVS estuviese en pleno funcionamiento y fuese el punto principal de referencia para los productos y servicios de información sobre salud en la Región. El documento contenía información sobre el progreso alcanzado hasta ahora en la ejecución del proyecto BVS y sobre los resultados esperados para fines de 2000.

El proceso de ejecución se regía por los siguientes principios: adopción del nuevo paradigma representado por la Internet, según el cual los usuarios de la información interactuaban directamente con redes de fuentes de información y con otros usuarios; promoción de alianzas y consorcios de los productores, intermediarios y usuarios de la información para aumentar el acceso a la información a bajo costo; desarrollo y operación descentralizados, como una forma de activar el aumento de la experiencia y los conocimientos técnicos en las nuevas tecnologías de información y de comunicación a los niveles nacional y local y hacer a la BVS más accesible, equitativa y sostenible; equidad en el desarrollo y el funcionamiento, velando por que todos los países y todas las instituciones dentro de los países tengan la misma oportunidad de participar; atención a

las condiciones y las necesidades locales y uso de tecnologías de información apropiadas, para que la participación en la BVS no implicara gastos excesivos para los países ni se convirtiera en un recurso reservado para unos pocos; y evaluación y control de calidad integrados para difundir información fidedigna y adecuada para satisfacer las necesidades de los usuarios.

El desarrollo y el fortalecimiento continuos de la BVS requerirían el respaldo político de los Estados Miembros. La inclusión de este tema en el orden del día del Subcomité tenía como finalidad generar ese apoyo en el seno de los Cuerpos Directivos.

El Subcomité expresó su apoyo decidido al desarrollo de la BVS, aunque se señaló que el apoyo político debía estar acompañado por hechos concretos a nivel de país para desarrollar las tecnologías y la experiencia necesarias para ejecutar con éxito el proyecto. Se recalcó que la BVS brindaría acceso más equitativo a la información científica y técnica necesaria para impulsar el desarrollo sanitario y lograr la salud para todos. También se subrayó su valor como fuente de información para adiestramiento y formación de los recursos humanos. Varios delegados señalaron que la biblioteca ayudaría a superar las barreras tradicionales que obstaculizan el acceso a la información. Por ejemplo, eliminaría esencialmente las barreras geográficas y permitiría que el personal sanitario y el público en general de los países tuviera acceso a un gran volumen de información sanitaria procedente de todo el mundo. También aumentaría la disponibilidad de información de una gama más amplia de fuentes, en especial de la producción científica de América Latina y el Caribe, que hasta ahora no ha estado fácilmente accesible. El Subcomité también opinó que la BVS ayudaría a mejorar el intercambio de información y la cooperación técnica entre los países y que sería además una fuente excelente de información actualizada para la toma de decisiones y el establecimiento de prioridades.

Se señaló que las decisiones en cuanto a la clase de información que se suministrará y la forma de suministrarla determinarían, en gran medida, quién recibiría la información. También se señaló que el desarrollo de la BVS requeriría tecnologías que eran relativamente costosas y complejas y que, por lo tanto, quizá se ampliaría la brecha entre los que tenían aquellos recursos y los que no. Por otro lado, varios delegados observaron que, aun en las zonas más pobres y más remotas, la mayoría de las instituciones de salud tenían servicio telefónico y al menos una computadora y que el acceso a la Internet se estaba ampliando rápidamente en la Región. A este respecto, se sugirió que las representaciones de la OPS/OMS quizá desempeñarían una función al facilitar el acceso a zonas e instituciones que carecían de este acceso. También se recalcó que la disponibilidad de equipo y tecnologías apropiadas no bastaba para lograr la viabilidad y la sostenibilidad de la BVS; era esencial adiestrar y motivar a los recursos humanos para que consultaran esa información e hicieran el mejor uso de ella.



Se pidió a la Secretaría que aclarara o explicara con mayor detalle varios aspectos, en especial los siguientes:

- Planes para ampliar la BVS, que ahora parecía orientarse principalmente a los hispanohablantes en América Latina, para servir mejor a otras partes de la Región, en particular al Caribe de habla inglesa y para integrar el volumen inmenso de información científica y sanitaria que se encuentra en los Estados Unidos y Canadá.
- Recursos necesarios previstos para el desarrollo continuo de la BVS, tanto en dinero como en recursos humanos.
- Medidas para el control de calidad para garantizar la exactitud y lo oportuno de la información y normas para asegurar la compatibilidad e integración de los datos.
- Cuestiones relativas a la propiedad intelectual y la BVS.
- Criterios para identificar las áreas temáticas que se desarrollarán en la BVS.
- Estrategia para el adiestramiento de los profesionales sanitarios y de información y otros posibles usuarios de la BVS.

En respuesta a las observaciones del Subcomité, el Sr. Packer señaló que uno de los objetivos de la BVS era el de ayudar a los países de América Latina y el Caribe a convertirse en participantes cabales en el proceso inexorable de globalización de la información. Un aspecto importante de esa iniciativa era el de difundir la producción científica de la Región por conducto de la BVS para que pudiesen tener acceso a ella otros países de América Latina y el Caribe, así como los usuarios de los Estados Unidos, de Canadá y del resto del mundo. En cuanto al Caribe de habla inglesa, este había sido parte integrante de BIREME desde su fundación en 1982. La base de datos MedCarib, que puede consultarse por intermedio de BIREME, brindaba acceso a los artículos publicados en revistas médicas y otras fuentes del Caribe de habla inglesa. Durante el año 2000, BIREME se proponía asignar gran prioridad a la participación de los países del Caribe de habla inglesa en la Biblioteca Virtual en Salud. Sin embargo, una condición indispensable para la inclusión de información de esos países en la BVS era que se publicara electrónicamente.

En cuanto a integrar la información procedente de regiones situadas fuera de América Latina y el Caribe, BIREME, desde su creación, había colaborado con la Biblioteca Nacional de Medicina (NLM) de los Estados Unidos. Los adelantos en la tecnología habían facilitado enormemente el intercambio con la NLM, ya que no solo

permitían un acceso más rápido a información de los Estados Unidos, sino que también aceleraban la disponibilidad de información de América Latina y el Caribe por conducto de la NLM. Por ejemplo, de las 44 revistas latinoamericanas que se indizaron en la base de datos de MEDLINE de la NLM, 8 podían consultarse ahora en formato electrónico; como resultado, podría tenerse acceso internacionalmente dentro de las 24 horas siguientes a la publicación. Antes del advenimiento de la Internet, quizá hacían falta hasta nueve meses para que un artículo de alguna de esas revistas pudiera leerse internacionalmente.

En cuanto a la compatibilidad internacional de los datos, uno de los principales puntos fuertes de BIREME era su uso de los “idiomas comunes” para organizar y recuperar la información. En lo que se refiere al adiestramiento, en la fase previa a la ejecución, se enfocaba como una actividad externa a la BVS. Sin embargo, la idea era que, una vez que estuviese en pleno funcionamiento, la BVS serviría de vehículo para el adiestramiento. En cuanto al tema del control de calidad, el arbitraje o revisión por expertos sería el principal mecanismo utilizado. La norma de BIREME era que, si un artículo u otro tipo de información no había sido escrito por una escuela de medicina, una institución de investigación reconocida, un ministerio de salud u otra fuente acreditada, debía someterse a arbitraje o no se incluiría en la BVS.

El Director señaló que la Organización no tenía ningún control de la naturaleza o la calidad de la información que se colocaba en la Internet. Lo mejor que podría hacer era velar por que la información incluida en la BVS proviniese de fuentes acreditadas y fiables con antecedentes y tradición de publicar artículos de calidad relacionados con ámbitos de interés para la OPS. La calidad de los datos estadísticos sobre los países era un problema diferente. La OPS publicaba solo datos de fuentes oficiales. En consecuencia, podría suponerse que cualquier información estadística de los países divulgada por la Organización por conducto de la BVS había sido aprobada por las autoridades nacionales.

La cuestión de la propiedad intelectual y protección de la información divulgada en la Internet era motivo de preocupación para la OPS. La Organización estaba analizando en qué casos podría y debía alegar propiedad de la información. Entretanto, declaraba categóricamente que la OPS nunca permitiría que su nombre se usara como fuente de cualquier información o asesoramiento personal sobre salud para el público difundida por medio de la Internet.

Con respecto a los recursos requeridos para el proyecto, si bien habría ciertos costos y requisitos en recursos humanos que debían sufragar los países que participan en la BVS, ello no implicaría realmente nuevos gastos para la OPS, ya que la Organización sencillamente estaba apoyándose en una infraestructura ya implantada. No se había

ampliado BIREME y no se había agregado personal nuevo para ejecutar la BVS. La BVS era el resultado del avance natural de un sistema que ya existía. Originalmente, BIREME había sido una biblioteca tradicional. Luego había pasado a ser una red, con conexiones por teléfono, telefax y módem. La Internet había permitido una mayor interconexión mediante la creación de “redes de redes”, que no necesariamente aumentarían la cantidad de información de la red, sino que la pondrían al alcance de un mayor número de usuarios.

En cuanto a las áreas temáticas en desarrollo, se trataba principalmente de temas que se habían “indicado” porque se trataba de áreas en las cuales la Organización participaba activamente o en las cuales ya existía un gran volumen de información, como por ejemplo, salud de los adolescentes y salud ambiental.

#### ***Protección de los alimentos (documento SPP33/4)***

El Dr. Jaime Estupiñán (Director, Instituto Panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis) (INPPAZ) presentó un resumen breve del problema de las enfermedades transmitidas por los alimentos (ETA) en las Américas y describió la respuesta que da la OPS por conducto del Programa Regional de Cooperación Técnica en Protección de Alimentos. Indicó que los brotes de enfermedades transmitidas por los alimentos en el último decenio le habían dado una nueva dimensión a los programas de protección de alimentos en los países. La frecuencia de los brotes —especialmente los causados por agentes patógenos emergentes como *Escherichia coli* O157:H7—, unida a la necesidad de alcanzar la inocuidad de los suministros alimentarios ante el gran crecimiento del comercio internacional de alimentos, había impulsado una iniciativa para examinar y mejorar los programas nacionales.

Con miras a fortalecer la protección de alimentos en la Región, en 1986 la OPS había iniciado el Programa Regional de Cooperación Técnica en Protección de Alimentos, que se consolidó con la creación, en 1991, del INPPAZ para ejecutarlo. El programa tenía dos objetivos principales: 1) lograr un suministro alimentario que fuese seguro, sano, nutritivo, agradable y de bajo costo, y 2) reducir la morbilidad y la mortalidad humanas causadas por las enfermedades transmitidas por los alimentos. El plan de acción para la cooperación técnica que prestaría el programa incluía cinco componentes: organización del programa nacional sobre inocuidad de los alimentos, fortalecimiento de la capacidad de laboratorio, vigilancia de las enfermedades transmitidas por los alimentos, fortalecimiento de los servicios de inspección de alimentos y participación comunitaria en la protección alimentaria.

Los logros principales de los últimos años incluían la adopción, por casi 60% de los países, de programas integrados de protección de alimentos; creación de un sistema

electrónico regional para suministrar información sobre legislación alimentaria; fortalecimiento de los comités nacionales del Codex Alimentarius en los países; formación de la Red Interamericana de Laboratorios de Análisis de Alimentos; fortalecimiento de la capacidad de laboratorio para detectar residuos de plaguicidas y otros contaminantes químicos; adiestramiento del personal de laboratorio en los métodos para la detección rápida de agentes patógenos emergentes; fortalecimiento de los servicios de inspección, especialmente mediante el adiestramiento en las buenas prácticas de fabricación (BPF), en las normas sobre procedimientos operacionales de limpieza y desinfección (SSOP) y en el método análisis de peligros y puntos críticos de control (APPCC); fortalecimiento de los sistemas nacionales de vigilancia de las enfermedades transmitidas por los alimentos y coordinación del Sistema Regional de Información para la Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades Transmitidas por los Alimentos; patrocinio conjunto de un seminario sobre el Control de los Alimentos Expendidos en la Vía Pública; y un taller sobre la integración de los intereses de los consumidores en la producción de alimentos y en las actividades de control.

El documento contenía información sobre otros logros alcanzados como parte de los cinco componentes, así como estrategias, objetivos y metas para el programa a corto, mediano y largo plazo. En el próximo bienio (2000-2001), se seguiría prestando la cooperación técnica bajo los mismos cinco componentes, haciendo hincapié en las nuevas condiciones reglamentarias, tecnológicas y estratégicas para los programas de protección de alimentos.

El Subcomité expresó su apoyo unánime a los objetivos y las estrategias estipulados en el documento, si bien se hizo notar que había cierta inquietud de que los objetivos del programa regional quizá fuesen demasiado ambiciosos, dado que el plazo propuesto era relativamente corto. A este respecto, se señaló que la ejecución total del plan de acción requeriría infraestructura y recursos considerables, así como el compromiso por parte de todos los países de la Región. También se expresó apoyo para el trabajo del INPPAZ y para la decisión de la Oficina, tomada varios años antes, de transferir la responsabilidad de la prevención y el control de las zoonosis del INPPAZ al Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA) y hacer de la protección alimentaria la función primordial del Instituto. Varios delegados observaron que el progreso del INPPAZ hacia el fortalecimiento de los programas de inocuidad de los alimentos y mejoramiento de la vigilancia de los agentes patógenos y de las enfermedades transmitidos por los alimentos en la Región había confirmado lo acertado de esa decisión.

Se señaló que las orientaciones del programa de protección de alimentos de la OPS eran enteramente compatibles con las nuevas prioridades sobre inocuidad de los alimentos a nivel mundial, establecidas por la OMS sobre la base de las recomendaciones de la Conferencia sobre Comercio Internacional de Alimentos a Partir del Año 2000,

auspiciada por la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), y que se celebró en Melbourne (Australia), en octubre de 1999. Varios delegados también señalaron que la OPS estaba en condiciones de desempeñar una función de liderazgo en las iniciativas mundiales ya que, en general, las actividades de inocuidad de los alimentos estaban más avanzadas en las Américas que en otras regiones de la OMS.

Se solicitaron aclaraciones o información adicional sobre los siguientes asuntos:

- La función de la OPS con respecto a la de otros organismos que trabajan en el ámbito de la inocuidad de los alimentos, incluida la FAO, especialmente teniendo en consideración la propuesta de que la OPS se convierta en el principal organismo de cooperación técnica y en la fuente principal de información y adiestramiento sobre protección alimentaria en el continente.
- La corriente real del comercio de alimentos y las consecuencias para la seguridad, dado el aumento de estos intercambios dentro de la Región y su importancia para los consumidores y para las economías de la mayor parte de los países.
- Medios para clasificar los diferentes métodos utilizadas en la evaluación de la inocuidad de los alimentos, a objeto de que los gobiernos puedan informarse adecuadamente acerca de cuáles son las mejores opciones de acuerdo con su situación socioeconómica particular, teniendo en cuenta que los métodos más complejos quizá no sean apropiados o necesarios en todos los contextos.
- Coordinación entre los funcionarios a nivel local en cuanto a responsabilidades sobre la inocuidad de los alimentos e inspección de los productos agropecuarios y las prácticas a nivel local.

El Subcomité también mencionó varias funciones valiosas para la OPS, además de las descritas en el documento. Una de ellas era la de proporcionar información exacta sobre el tema de los alimentos modificados genéticamente y los posibles riesgos que ellos quizá planteen, para que los gobiernos, los productores y los consumidores tuvieran una base sólida para la toma de decisiones. Otra función era la de facilitar la participación de los países en reuniones pertinentes del Codex y la comprensión de sus derechos y obligaciones de conformidad con los convenios de la Organización Mundial del Comercio (OMC), como por ejemplo, el Acuerdo sobre la Aplicación de Medidas Sanitarias y Fitosanitarias.

El Dr. Estupiñán estuvo de acuerdo en que era muy importante definir la función de la OPS frente a la FAO y otros organismos. Con esa finalidad, la Organización se

había comunicado con todos los organismos que trabajan en la esfera de la inocuidad de los alimentos. La orientación de la OPS estaba configurada por el hecho de que se trata de una entidad de salud pública y la inocuidad de los alimentos es una prioridad de salud pública. En consecuencia, las actividades de la Organización se centraban en gran parte en lograr la inocuidad de los alimentos para el consumo nacional. Sin embargo, puesto que la OPS estaba consciente de que las economías de muchos países dependían de la exportación de productos alimentarios, un componente importante de su plan de acción estratégico era la armonización de las normas y la legislación para la inocuidad de los alimentos en los países, lo que incluiría el cumplimiento de los acuerdos sobre Medidas Sanitarias y Fitosanitarias y las Barreras Técnicas al Comercio. Es más, se había pedido a toda la OMS en diversos foros internacionales de comercio, incluso en la conferencia de Melbourne, que acelerara sus actividades en el ámbito de inocuidad de los alimentos en respuesta a la preocupación creciente por la protección sanitaria de los consumidores.

Aunque el plan pudiera parecer demasiado ambicioso, debía entenderse que, para llevarlo a cabo, la Organización coordinaría sus esfuerzos con los de otros organismos y utilizaría recursos e infraestructura que ya están implantados. Por ejemplo, no sería necesario que la OPS formulara ninguna norma sobre calidad o inocuidad de los alimentos ya que ese trabajo lo estaba haciendo el Programa Conjunto FAO/OMS sobre Normas Alimentarias. En consecuencia, la función de la OPS sería difundir ese conjunto de normas y facilitar su aplicación en los países. Es más, con el correr de los años los países mismos habían acumulado considerable infraestructura, experiencia y conocimientos técnicos sobre inocuidad de los alimentos, y la Organización procuraría forjar alianzas y consorcios para aprovechar esa experiencia. Uno de los objetivos a largo plazo del plan de acción era el establecimiento de una comisión regional de protección de alimentos para servir de entidad asesora y de organismo especializado a objeto de evaluar los programas nacionales. La experiencia de la OPS en tales entidades —en particular, por conducto del Comité Hemisférico para la Erradicación de la Fiebre Aftosa— indicaba que estas eran un vehículo muy eficaz para impulsar la acción a nivel nacional y facilitar las actividades conjuntas a nivel regional.

La inquietud en cuanto a la idoneidad de los métodos de inspección como el de APPCC en algunos contextos era válida. Sin duda, la introducción del sistema de APPCC requeriría inversiones considerables y un nivel bastante alto de desarrollo tecnológico. En algunos países, quizá sería más apropiado comenzar con la introducción de buenas prácticas de fabricación y de producción. La experiencia había indicado que, si se mejoraban los conocimientos de los trabajadores sobre los principios de protección de alimentos, podían lograrse acentuadas reducciones de los problemas de contaminación. Por ese motivo, la OPS estaba asignando particular importancia al componente de información y de comunicación en el plan propuesto.

En cuanto al tema de la inspección a nivel local, en la mayoría de los países, el sector agropecuario había tomado la delantera en la inspección de los productos agrícolas locales. Sin embargo, la OPS propugnaba un enfoque coordinado mediante la creación de comités o comisiones intersectoriales que incluirían tanto el sector sanitario como el agropecuario. La función de la Organización era facilitar esas reuniones de funcionarios sanitarios y agropecuarios para que pudieran definir la función de cada sector y coordinar sus actividades.

El Director dijo que le había complacido que las recomendaciones de la conferencia de Melbourne hubieran alentado a la OMS a que asumiera un papel más dinámico con relación a la protección de alimentos. Claramente, velar por la inocuidad de los alimentos era una función decisiva de la salud pública y, por consiguiente, las organizaciones dedicadas a la salud pública debían desempeñar una función primordial en esa esfera. Tal como habían observado varios delegados, el Consejo Ejecutivo de la OMS abordaría el tema en enero de 2000. En preparación para ese debate, la Secretaría proporcionaría con sumo agrado a los Miembros del Consejo Ejecutivo procedentes de países de las Américas más información sobre las actividades de la OPS en las Américas o sobre cuestiones planteadas en el documento del Consejo Ejecutivo. En cuanto a la información adicional sobre los problemas de inocuidad de los alimentos relacionados con el comercio internacional, la Oficina no disponía en ese momento de muchos datos sobre el trasiego de alimentos en el comercio internacional y los problemas que habían surgido, pero haría todo lo posible por recopilar información y entregarla a los delegados antes de la sesión del Consejo Ejecutivo.

El Director dijo que también se mostraba complacido de que el Subcomité estuviese satisfecho con el trabajo del INPPAZ, aunque opinaba que el Instituto tenía el potencial para hacer mucho más. Las limitaciones en los recursos habían reducido el alcance de sus actividades en años recientes; sin embargo, el Ministerio de Agricultura de la Argentina, el país anfitrión de INPPAZ, se había comprometido a contribuir con una proporción más grande del financiamiento para el Instituto. Por consiguiente, abrigaba la esperanza de que el INPPAZ pronto tendría los recursos necesarios para fortalecer su capacidad de respuesta en alguna de las esferas señaladas por el Subcomité. En cuanto a la decisión de desplazar el centro de interés del INPPAZ más hacia la protección de alimentos y menos hacia las zoonosis, señaló que esto había ocurrido como un resultado directo de las recomendaciones hechas por el Subcomité en sesiones anteriores. Estuvo de acuerdo en que había sido una decisión sabia, dada la magnitud del problema de las enfermedades transmitidas por los alimentos.

En cuanto a la creación de una comisión continental de protección de los alimentos, se sentía muy complacido de informar que funcionarios de alto nivel en los países habían expresado gran interés.

***Enfermedades cardiovasculares, en especial la hipertensión arterial (documento SPP33/8)***

Este punto fue expuesto por la Dra. Sylvia Robles (Coordinadora, Programa de Enfermedades No Transmisibles), quien presentó datos que ilustraban la magnitud del problema de las enfermedades cardiovasculares en la Región. Las dos enfermedades cardiovasculares más importantes, en función de la mortalidad prematura, eran la cardiopatía isquémica y las enfermedades cerebrovasculares. La hipertensión era un factor clave de riesgo para ambas enfermedades así como para otras enfermedades cardiovasculares. Varios estudios habían revelado que la prevención y el control de la hipertensión podrían producir reducciones significativas de las defunciones por causas cardiovasculares. En consecuencia, el Programa de Enfermedades No Transmisibles de la OPS estaba trabajando para fortalecer los programas para la prevención y el control de la hipertensión, dada su repercusión potencial a mediano y a largo plazo.

A continuación, el Dr. Armando Peruga (Asesor Regional, Enfermedades No Transmisibles) aportó información más concreta sobre el problema de la hipertensión, el estado de los programas nacionales de control, las actividades de la OPS en esta esfera y algunas estrategias recomendadas para colmar la brecha entre los niveles actuales de control y el nivel que es posible alcanzar con los conocimientos científicos actuales. Estudios realizados en las Américas revelaron que la prevalencia de la hipertensión era de entre 8% y 31%, aunque los datos no siempre eran comparables debido a las diferencias en los métodos y las definiciones usados. Si bien la mayoría de los países tenían ya programas nacionales implantados, pocos eran lo bastante completos para abarcar la prevención, el control y el manejo de la hipertensión. Es más, aunque tres cuartas partes de los países tenían normas nacionales para la detección, el tratamiento y el manejo de la hipertensión, ellas se aplicaban sistemáticamente y se revisaban regularmente en solo una tercera parte de los países. Como resultado, una proporción elevada de los casos de hipertensión no se detectaban y se trataban menos de dos terceras partes de los casos detectados. De los que se estaban tratando, solo entre 30% y 50% se controlaban adecuadamente.

La mejora de los programas de control de la hipertensión significaba detectar y tratar a un mayor número de personas hipertensas, así como mejorar la calidad de la atención y la educación de los pacientes. Si bien el tratamiento de la hipertensión implicaba un gasto mayor, en la mayoría de los casos la reducción de los costos asociados con las enfermedades cardiovasculares compensaría ese gasto. Además, cada vez es mayor el consenso entre los expertos de que es posible tratar la hipertensión sin aumentar el costo de la atención, siempre que la complejidad de la atención fuese limitada y se utilizaran medicamentos de bajo costo y de eficacia comprobada, recomendados por la OMS.



El Programa de Enfermedades No Transmisibles de la OPS había formulado un enfoque que integraba la promoción de la salud y la prevención primaria con el control de las enfermedades no transmisibles, incluida la hipertensión; esto se justificaría porque muchos problemas de salud presentan los mismos factores de riesgo y, por ende, sería posible usar las mismas estrategias para abordarlos. Con miras a promover un esfuerzo concertado sobre la hipertensión, la OPS se había asociado con el Instituto Nacional del Corazón, los Pulmones y la Sangre, y con varias otras organizaciones para crear la Iniciativa Panamericana de Hipertensión Arterial. Los objetivos eran aumentar la detección de las personas hipertensas en todos los servicios de salud y mejorar la aceptación del tratamiento por los pacientes y su adherencia al mismo. La Organización recomendaba las siguientes estrategias para lograr ese objetivo: mejoramiento de la vigilancia de las enfermedades no transmisibles y de sus factores de riesgo, en especial de la hipertensión; promoción de una mayor conciencia en la comunidad sobre el problema; aplicación de las normas para la atención eficaz en función de los costos; y educación de los pacientes. Se pidió al Subcomité que formulara observaciones sobre esas estrategias y sugiriera otras para fortalecer la prevención y el control de la hipertensión en la Región.

El Subcomité apoyó la estrategia general de prevención y control de la hipertensión como un medio de reducir las tasas de enfermedades cardiovasculares, así como estrategias más concretas para fortalecer los programas de prevención y control de la hipertensión. Se opinó que las actividades propuestas en el documento contribuirían a los esfuerzos de la OPS para promover la salud, prevenir y controlar las enfermedades, fortalecer los sistemas y servicios de salud y forjar vínculos entre la salud y el desarrollo humano en toda América. Varios delegados formularon observaciones de que había motivos suficientes que justificaran la mayor importancia asignada por la OPS a las enfermedades cardiovasculares, dada su importancia creciente en los países tanto en desarrollo como desarrollados. Al mismo tiempo, se señaló que la infraestructura de asistencia sanitaria y los recursos económicos y profesionales existentes en algunos países quizá fuesen insuficientes para hacer frente a los nuevos retos planteados por las enfermedades crónicas y no transmisibles, como las enfermedades cardiovasculares, mientras que se debían atender al mismo tiempo las enfermedades infecciosas y parasitarias y los problemas relacionados con la malnutrición. Se recaló que afrontar aquellos retos requeriría ampliar la colaboración y las alianzas entre la Organización y los Estados Miembros y entre los Estados Miembros mismos para maximizar los recursos colectivos.

Los Miembros del Subcomité sugirieron que debían agregarse o recalcarse los siguientes puntos en el documento y en el programa propuesto:

- El enfoque de la hipertensión como un problema de salud pública puede aportar estrategias valiosas tanto para el manejo clínico como para los enfoques de salud

- pública con respecto a otras enfermedades no transmisibles vinculadas al modo de vida, como por ejemplo, la diabetes, la cirrosis hepática y algunas formas de cáncer. Los enfoques integrados que abordan factores comunes de riesgo de hipertensión (obesidad, inactividad, ingesta alta de sodio y baja ingesta de potasio, consumo excesivo de alcohol, etc.) también ayudarán a reducir el riesgo vinculado con otras enfermedades no transmisibles.
- Si bien la hipertensión se considera en general como un problema de salud de las personas de edad, debe reconocerse que también puede ser una causa importante de mortalidad materna entre las mujeres jóvenes, especialmente cuando se asocia con la eclampsia. Por consiguiente, el enfoque de atención primaria de salud propuesto en el documento debía incorporar la prevención de la hipertensión durante el embarazo.
  - Los programas de prevención y control de la hipertensión debían verse como una alta prioridad tanto desde la perspectiva de salud pública como económica. A pesar del costo de los medicamentos, el control de la hipertensión es sumamente eficaz en función de los costos, dadas las enormes pérdidas económicas causadas por las enfermedades cardiovasculares. Es más, un enfoque de atención primaria de salud que haga hincapié en la promoción de la salud, la prevención de los factores de riesgo y, según sea el caso, los métodos no farmacológicos de tratamiento, podría ser sumamente eficaz a un costo relativamente bajo.
  - Es necesario efectuar investigaciones y evaluaciones de la calidad de la atención prestada a los pacientes para determinar por qué no se está controlando adecuadamente un mayor porcentaje de las personas diagnosticadas como hipertensas y para determinar por qué fallan los enfoques terapéuticos actuales, prestando especial atención al uso de técnicas que, por costosas que sean, tal vez no resulten particularmente eficaces para controlar el problema.
  - La poca o ninguna utilización de los servicios de salud debe reconocerse como un factor que incide en los bajos niveles de detección de la hipertensión. Es necesario contar con programas comunitarios para aumentar la toma de conciencia sobre el problema y fomentar y facilitar el uso de los servicios para detectar mayor número de casos. La mejor calidad de la atención y el mayor uso de los tratamientos no farmacológicos también ayudarán a ampliar el uso de los servicios.
  - El documento podría mejorarse haciendo mayor hincapié en la educación de los profesionales y, especialmente, del público. Es necesario intensificar los esfuerzos para educar a los pacientes y al público en general sobre cómo pueden proteger mejor su propia salud.

- El documento también podría mejorarse mediante la incorporación de la declaración emanada de la reunión de marzo de 1999 sobre la Iniciativa Panamericana de Hipertensión Arterial, o al menos algunos puntos de esa declaración.

La Dra. Robles señaló que varios de los delegados habían subrayado la gravedad de las enfermedades cardiovasculares en los países en desarrollo, lo que representaba un cambio con respecto al pasado. Tradicionalmente, esas enfermedades se consideraban como problemas que afectaban principalmente a los países desarrollados, pero ahora se disponía de pruebas incontrovertibles de que los países en desarrollo estaban afectados por igual. En efecto, la información de la OPS indicaba que las enfermedades cardiovasculares eran la principal causa de muerte prematura en los países de América Latina y el Caribe. La prevención primaria y el control de la hipertensión constituían una respuesta estratégica que abordaría no solo los factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares sino también de muchas otras enfermedades no transmisibles, según habían observado varios delegados. La Organización estaba trabajando en varios enfoques integrados y comunitarios para prevenir los factores de riesgo de enfermedades no transmisibles, en particular en el proyecto CARMEN<sup>1</sup>. Las actividades de cooperación técnica abarcadas por la Iniciativa Panamericana de Hipertensión Arterial y el proyecto CARMEN se complementarían.

***Participación de la Organización Panamericana de la Salud en la reforma de las Naciones Unidas en los Estados Miembros (documento SPP33/4)***

La Dra. Irene Klinger (Jefa, Oficina de Relaciones Externas) examinó los objetivos principales, las características y el estado del proceso de reforma de las Naciones Unidas y su repercusión sobre el trabajo de la OPS a nivel de país. Empezó por señalar que el documento y la ponencia sobre este tema representaban un esfuerzo conjunto de la Oficina de Relaciones Externas y la Oficina del Subdirector, que se encargaba de supervisar la cooperación técnica de la Organización a nivel nacional.

En 1997, el Secretario General de las Naciones Unidas, Sr. Kofi Annan, había iniciado un programa de reforma de largo alcance encaminado a que el sistema de las Naciones Unidas trabajara de manera más eficiente y se consolidara como una fuerza que impulsara el desarrollo sostenible, centrado en las personas. Los objetivos del programa de reforma eran una mayor unidad de propósito, mayor eficacia en función de los costos, así como coherencia en las actividades y agilidad al responder a las necesidades de los Estados Miembros. En la sede de las Naciones Unidas, uno de los elementos claves en el proceso de reforma había sido la formación del Grupo de las Naciones Unidas para el

---

<sup>1</sup> CARMEN es la sigla de "Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de las Enfermedades No transmisibles".

Desarrollo (GNUD) para mejorar la eficacia y la repercusión de las operaciones de desarrollo de las Naciones Unidas, al facilitar la formulación de políticas comunes y la toma de decisiones a nivel central. El grupo estaba compuesto por los diversos organismos de las Naciones Unidas que se ocupan de actividades de desarrollo, incluso la OMS.

A nivel de país, el Secretario General había pedido a los fondos y programas participantes que establecieran los correspondientes mecanismos de consulta y de colaboración y procuraran integrar su asistencia a nivel de país en el Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo (MANUD). Los equipos de país de las Naciones Unidas, bajo el liderazgo del Coordinador Residente de las Naciones Unidas, trabajarían muy de cerca con los gobiernos al preparar el marco, lo que permitiría dar un nuevo enfoque estratégico a las prioridades del desarrollo nacional. El primer paso en la formulación del MANUD sería efectuar una evaluación común para los países (CCA), un análisis integral, multisectorial de la situación y de las necesidades de desarrollo del país. Como otro medio de reducir los costos y mejorar la eficiencia, el Secretario General había propuesto que las operaciones sobre el terreno de todos los organismos de las Naciones Unidas se colocaran juntas en una sola oficina de las Naciones Unidas, o “Casa de las Naciones Unidas,” con el Coordinador Residente.

Se exhortaba a la OPS, en su calidad de organización regional de la OMS para las Américas, a que desempeñara una función activa en todos los aspectos del proceso de reforma. En algunos casos, la OPS dirigiría el proceso a nivel de país, ya que el Representante de la OPS/OMS actuaba como Coordinador Residente de las Naciones Unidas en algunos países de las Américas y como Coordinador Residente Adjunto en otros. El proceso de reforma de las Naciones Unidas creaba tanto retos como oportunidades para el trabajo de la OPS y sus esfuerzos por promover el desarrollo sanitario en sus Estados Miembros. Por un lado, la función de liderazgo de la OPS —ya fuese cuando su representante es el Coordinador Residente de Naciones Unidas o cuando la Organización fuese el principal organismo en los diversos grupos de estudio interinstitucionales o grupos temáticos que existieran a nivel de país— representaba una considerable exigencia en cuanto a horas de trabajo del Representante y a recursos de la OPS en el país. En algunos casos, el personal de campo de la OPS estaba dedicando hasta 25% de su tiempo al proceso de reforma.

Por otro lado, la participación de la Organización en el CCA y en el proceso de formulación del MANUD podría brindar la oportunidad de poner de relieve los temas sanitarios, promover un mayor liderazgo de los ministerios de salud al establecer prioridades y estrategias de desarrollo nacional y movilizar recursos adicionales y la colaboración intersectorial para abordar los factores determinantes de la salud. Por lo tanto, un sistema de las Naciones Unidas más unificado podría conducir a resultados

mejores y más equitativos en el ámbito sanitario. No obstante, la OPS consideraba que cada organismo debía mantener su independencia en cuanto a programación y presupuesto y utilizarla para contribuir a alcanzar las metas estipuladas en el MANUD.

Se invitó al Subcomité a formular observaciones sobre cómo estaban percibiendo el proceso de reforma de las Naciones Unidas las autoridades nacionales, cómo podrían aprovechar mejor los ministerios de salud el proceso de reforma para promover las prioridades sanitarias en los debates sobre el desarrollo y cómo la OPS podría realizar mejor sus funciones de cooperación técnica en el contexto de la reforma.

En el debate de este tema en el seno del Subcomité, se expresó apoyo para los ideales que sustentan el proceso de reforma; es decir una mejor coordinación de los procesos de cooperación de las Naciones Unidas a nivel de país, mayor eficiencia y ahorro de costos. Sin embargo, se plantearon varias inquietudes en cuanto a la repercusión concreta del proceso sobre el sector de la salud y el trabajo de la OPS en los países. Las principales de esas preocupaciones se resumen a continuación:

- Las prioridades establecidas por el Coordinador Residente de las Naciones Unidas tal vez no coincidan con las que el país ha establecido para la cooperación en ciertos sectores o con ciertos organismos, especialmente en los casos en los cuales el Coordinador Residente es un organismo diferente de la OPS. La Organización siempre ha trabajado muy de cerca con los países para establecer prioridades y planes de cooperación basados en las necesidades determinadas por las autoridades nacionales, pero esto no ocurre con todos los organismos. Los planes estratégicos en algunos países se formulan no sobre la base de consulta y diálogo nacional, sino mediante un proceso interno entre los organismos, supervisados en general por el PNUD. Los temas sociales, incluidos los sanitarios, no pueden recibir atención adecuada en esos planes estratégicos.
- La coordinación entre los organismos de las Naciones Unidas debe complementarse mediante la coordinación nacional adecuada para el establecimiento de prioridades. Esto es motivo de inquietud especialmente con relación al punto focal nacional para el proceso de reforma de las Naciones Unidas. Hay riesgo de que el sector social en general, y el sector de la salud en particular, quizá no reciban atención suficiente si se designa un solo punto focal nacional para representar los intereses nacionales en el proceso de reforma, especialmente si ese punto es el ministerio de finanzas o el ministerio de relaciones exteriores.
- Si bien muchos temas de salud pública son intersectoriales por naturaleza, y la coordinación intersectorial para abordarlos suele ser aconsejable, algunos

problemas son específicos del sector sanitario y deben tratarse y resolverse exclusivamente en el seno de este. ¿Cómo se manejarán esos problemas dentro de un marco unificado de las Naciones Unidas a nivel de país?

- La idea de que un marco único para los fondos y los programas de las Naciones Unidas maximizará la movilización de recursos debe enfocarse con cuidado. En realidad, podría conducir a una mayor condicionalidad y a una limitación de las prioridades, que en último término podrían reducir el volumen de recursos recibidos por los países.
- En vista de la recomendación de la OPS de que todos los organismos deben mantener sus programas y presupuestos separados, ¿cuál sería la función de la Casa de las Naciones Unidas?
- La OPS se encuentra en una posición singular en relación con los otros organismos participantes en la reforma de las Naciones Unidas a nivel de país. La OPS es más antigua que otros organismos. Ha establecido una presencia fuerte en los países y tiene una larga historia de colaboración con las autoridades sanitarias nacionales. Si bien la OPS, por formar parte de la OMS, tiene la responsabilidad de participar en la reforma de las Naciones Unidas, debe tener cuidado de velar por que su participación en el proceso no la aleje de su liderazgo tradicional en el terreno sanitario en las Américas.

El Subcomité alentó a la OPS a que utilizara sus puntos fuertes singulares para ejercer el liderazgo en el proceso de reforma de las Naciones Unidas a nivel de país y velar por que la sanidad ocupe un lugar prominente en los programas de desarrollo nacional. Se recalcó que la prueba real del éxito de la reforma consistiría en determinar si ha dado lugar a un mejor desempeño y mayor capacidad de los organismos para prestar cooperación a sus clientes, es decir, los países. También se subrayó la importancia del seguimiento y la evaluación continua de la pertinencia del MANUD con respecto a las necesidades y las prioridades del país.

La Dra. Mirta Roses (Subdirectora, OPS) aseguró al Subcomité que la OPS estaba sumamente consciente de la necesidad de tener presentes los deseos y las prioridades de los Estados Miembros que habían impulsado la reforma de las Naciones Unidas y debían ser los principales beneficiarios del proceso. Señaló que el curso que tomarían los procesos de reforma a nivel de país dependería, en gran medida, del liderazgo del proceso general de cooperación externa dentro del país. Un liderazgo fuerte del gobierno en el proceso de cooperación externa se traduciría en una presencia gubernamental fuerte en el proceso de reforma de las Naciones Unidas a nivel nacional. Sin esa presencia, el proceso tendería a convertirse en un fin en sí mismo, en lugar de un proceso que conduciría al

logro de los objetivos estipulados, de lograr una cooperación más congruente, coherente y eficaz en función de los costos que respondiera a las necesidades de los países. Tal como había observado el Subcomité, la OPS tenía una larga tradición de consultar con las autoridades nacionales para establecer sus prioridades de cooperación en cada país. La Organización seguiría dependiendo de los gobiernos, y en particular de los ministros de salud, para recibir orientación sobre cómo y en qué medida debía contribuir a la reforma de las Naciones Unidas a nivel de país.

La Dra. Klinger subrayó la necesidad de usar al CCA como un medio de incorporar la visión nacional de los problemas de desarrollo del país en la formulación del MANUD y asegurar que respondiera a las necesidades y las prioridades nacionales. Contestando a las observaciones en cuanto a los inconvenientes de establecer un marco de trabajo común para la cooperación y el riesgo de que quizá limitara las posibilidades para movilizar los recursos destinados a abordar las prioridades de salud, señaló que las autoridades sanitarias tendrían que estar atentas e insistir en que se otorgara a la salud la importancia que merece. De la misma forma en que a menudo tenían que competir con otros sectores en las negociaciones para obtener financiamiento bilateral y multilateral, las autoridades sanitarias tendrían que ser defensoras fuertes de la salud en el proceso de reforma de las Naciones Unidas, tanto en su trato con el Coordinador Residente de las Naciones Unidas como con el punto focal nacional para el proceso de reforma. Con respecto a la función de la Casa de las Naciones Unidas, la idea era que los costos podrían reducirse si los organismos compartieran oficinas y servicios. La decisión de la OPS de trasladar o no su Representación a la Casa de las Naciones Unidas dependería de la situación en cada país y de factores tales como si la Organización ya había comprado o arrendaba su propio edificio.

En cuanto al tema de la independencia en la programación y el financiamiento, la posición de la OPS era que cada organismo debía conservar el control de esos procesos, pero su programación debía responder al CCA y al MANUD. Tal como habían señalado los delegados, debido a la historia de la OPS, esta gozaba de una posición bastante singular en los países y podría desempeñar esencialmente dos funciones. Tenía la responsabilidad de apoyar el proceso de reforma de las Naciones Unidas y responder a las solicitudes del Secretario General; sin embargo, si llegara a observar que la reforma no estaba respondiendo a las necesidades en asuntos sanitarios ni a las prioridades de sus Estados Miembros, quizá optaría por desempeñar su otra función.

Al Director le complacía el nivel de interés expresado por el Subcomité sobre el tema de la reforma de las Naciones Unidas, que era de importancia crucial para la Organización en su totalidad. Explicó que este punto se había incluido en el orden del día del Subcomité porque la Secretaría consideraba fundamental concientizar a los Cuerpos Directivos sobre las consecuencias de la reforma de las Naciones Unidas en función de la

disponibilidad de tiempo de la OPS, de sus relaciones con sus colaboradores y de su independencia de pensamiento y acción. Uno de los aspectos que más le preocupaban acerca del proceso era el concepto de un marco común de desarrollo. Su opinión era que no podía haber un programa único de desarrollo, puesto que el desarrollo humano requería acciones en una gama sumamente amplia de esferas. Hay que reconocer que la salud es un componente vital del desarrollo y que el sector de la salud es un colaborador igualitario en el proceso de desarrollo. Desde ese punto de vista, la OPS era un organismo de desarrollo tanto como cualquier otro organismo y no renunciaría a su derecho de opinar sobre lo que constituía el desarrollo ni permitiría a otro organismo que asumiera la responsabilidad de expresarse en su nombre ante los gobiernos de los Estados Miembros, como había sucedido en algunos países con los representantes del PNUD. La información que se presenta a los gobiernos debe ser común, preparada en forma cooperativa y con un espíritu de colaboración.

También le preocupaban al Director las consecuencias de que el Banco Mundial preparara paralelamente otro marco separado, el llamado Marco Integral de Desarrollo (MID). No había ninguna prueba de que el MID sería uniforme o compatible con el MANUD, y la existencia de dos marcos tenía pocas probabilidades de mejorar la coordinación entre el Grupo del Banco Mundial y el sistema de las Naciones Unidas.

Con respecto al tema de los puntos focales en los países, el concepto de un marco único de desarrollo se basaba en el principio de que hubiera algún punto único en los países donde se tomarían las decisiones acerca del desarrollo, pero esto no era cierto. En un sistema de gabinete, cada ministro procuraba proteger los intereses de su sector y las decisiones se tomaban conjuntamente. Tal como había señalado la Dra. Roses, el buen funcionamiento de la coordinación entre los organismos dependería del grado en que el gobierno acordase que habría pluralismo en cuanto a los puntos focales y que habría cierto consenso en donde convergerían las diversas esferas de actividad. En cualquier caso, el punto focal para la acción de la OPS a nivel de país seguiría siendo el ministerio de salud. Los ministros de salud le habían manifestado en reiteradas ocasiones que, independientemente de cómo participara la OPS en el proceso de reforma o en el marco común de desarrollo, no deseaban que se redujera el diálogo y la interacción directa entre la OPS y los ministerios de salud.

En cuanto a la Casa de las Naciones Unidas en cada país, la OPS participaría si le reportaba ventajas. La cooperación funcional y el propio interés mutuo —no el espacio físico— serían las consideraciones principales al tomar la decisión. Si la participación en la Casa de las Naciones Unidas fuese a resultar perjudicial de alguna manera para su relación, proximidad o capacidad de comunicarse con los ministerios de salud, la OPS no participaría.



La experiencia con el ONUSIDA había demostrado que se justificaba la inquietud del Subcomité sobre la repercusión que podría tener un marco común de desarrollo sobre el financiamiento para los países. Esencialmente, la coordinación y colaboración en el marco del ONUSIDA habían dado lugar a una reducción del financiamiento que iba a los países. Además, en algunos países, una cantidad considerable de dinero se estaba invirtiendo en el esfuerzo de coordinación mismo, y el uso de los fondos para la coordinación a nivel de país significaba una reducción de los fondos para la cooperación técnica.

Era muy cierto que la OPS, con la experiencia adquirida a lo largo de su historia de 97 años, tenía mucho que aportar al proceso de reforma a nivel de país, en particular en cuanto a las relaciones con los gobiernos y el conocimiento de los países. Prácticamente en todos los países, la OPS era la presencia más fuerte numéricamente, y generalmente era el organismo más avanzado en cuestiones de programación. Otra contribución valiosa era la elaboración de indicadores para las evaluaciones de país. En algunos países, la Organización ya estaba trabajando con otros organismos para preparar indicadores dentro de un marco de trabajo común. Es más, en la mayoría de los países, la OPS disponía de más datos que otros organismos.

Agregó que era responsabilidad de la Organización —no tanto frente al sistema de las Naciones Unidas, sino frente a los países— contribuir con sus conocimiento técnicos y experiencia al proceso de reforma a nivel de país. Todos los representantes de la OPS/OMS estaban participando en el CCA y en la formulación del MANUD en sus países respectivos. No obstante, el Director estaba firmemente convencido de que la participación de la Organización en la reforma de las Naciones Unidas de ninguna manera debía ir en detrimento de su responsabilidad con respecto a sus principales beneficiarios, que son sus Estados Miembros, y en particular los ministerios de salud. Si la OPS tuviera que elegir entre la participación en un mecanismo de coordinación o la conducción de un grupo temático a nivel de país y el servicio a sus principales beneficiarios, siempre asignaría prioridad a estos últimos. Tal como había observado el Subcomité, la finalidad principal y la consideración fundamental en la coordinación y los esfuerzos de reforma debía ser el mejoramiento en los países.

### ***Funcionamiento del Subcomité de Planificación y Programación (documento SPP33/3)***

La Dra. Karen Sealey (Jefa, Oficina de Análisis y Planificación Estratégica) presentó este punto, que se había incluido en el orden del día del Subcomité a raíz de una petición formulada por el Comité Ejecutivo en su 125.<sup>a</sup> sesión, celebrada en octubre de 1999. La propuesta del Comité Ejecutivo de reexaminar el funcionamiento del Subcomité de Planificación y Programación (SPP) había coincidido con un proceso interno

encaminado a fortalecer el proceso de planificación estratégica dentro de la Oficina. El objetivo de que el Subcomité debatiera este tema era determinar si el funcionamiento actual del SPP era apropiado, en vista de la necesidad de contar con un proceso eficaz de planificación y programación en un entorno regional y mundial sumamente difícil. La Dra. Sealey empezó por examinar la evolución del SPP desde su creación por el Comité Ejecutivo en 1979. Luego presentó aspectos notables de su funcionamiento de 1979 a 1998, con inclusión del grado y la frecuencia de la participación por los diversos Estados Miembros en las reuniones del Subcomité, y describió el contexto actual en el cual estaba funcionando el Subcomité. Finalmente, sugirió varios temas posibles para consideración por el Subcomité.

Inicialmente, el SPP se había conocido como el Subcomité de Planificación y Programación a Largo Plazo. Se había concebido como un “grupo de estudios” cuya función primordial era identificar temas estratégicos e informar al Comité Ejecutivo y al Director sobre asuntos pertinentes para la planificación y la programación de largo alcance. Una de sus inquietudes principales había sido la ejecución y el seguimiento del entonces recientemente adoptado plan regional de acción destinado a lograr la salud para todos en el año 2000. El Subcomité había funcionado en colaboración con el Comité de Programas de la Sede. Ese comité había dejado de funcionar alrededor de 1981 y, en 1984, el Comité Ejecutivo había formalizado la función del Subcomité en materia de planificación y programación; le había asignado un conjunto definido de funciones y había cambiado su nombre al de Subcomité de Planificación y Programación.

Las funciones establecidas por el Comité Ejecutivo en 1984 se habían modificado ligeramente en 1996, cuando se actualizaron las atribuciones y el reglamento interno del Subcomité. Sus funciones eran las adoptadas en 1996, a saber: informar al Comité Ejecutivo sobre asuntos relacionados con las orientaciones generales y especiales propuestas para la Organización y los informes correspondientes de seguimiento y evaluación; el proceso y la metodología de la planificación; el proceso de cooperación técnica con los países, que abarcaba el seguimiento y la evaluación del progreso hacia la meta de salud para todos; la recepción de los informes de vigilancia de la situación sanitaria en las Américas y de los factores económicos y sociales que influyen en la situación sanitaria y el sector de la salud; el examen de los programas especiales, con énfasis en la formulación y evaluación de esos programas; y otras funciones que le asignara el Comité Ejecutivo.

Uno de los objetivos fundamentales del Comité Ejecutivo al crear el SPP había sido fortalecer la participación de los Estados Miembros en los Cuerpos Directivos de la Organización. El documento contenía estadísticas de la afiliación y participación de los países en las 32 sesiones del Subcomité celebradas entre 1979 y marzo de 1999. Un total de 225 delegaciones habían asistido a dichas sesiones, representando a la mayoría de los

países de la Región; sin embargo, siete miembros habían participado solo una vez y nueve países nunca habían participado en una sesión del Subcomité. Las delegaciones habían estado compuestas principalmente por funcionarios de salud pública de los ministerios de salud. Treinta y ocho ministros de salud habían asistido a las sesiones.

En los primeros años de su existencia, el SPP se había centrado principalmente en los temas relacionados con la organización y el trabajo de la Oficina. Gradualmente, el centro de interés se había desplazado a temas concretos de la cooperación técnica. En años recientes, la mayoría de los temas examinados por el SPP se habían remitido al Comité Ejecutivo para su consideración ulterior, lo que reflejaba un cambio en la función del Subcomité: mientras que en los primeros años había tendido a funcionar más como un grupo de estudios, entre 1994 y 1998 se había convertido casi en un cuerpo para seleccionar los temas que se someterían definitivamente a la consideración del Comité Ejecutivo. Se pedía al Subcomité considerar si sus funciones actuales seguían siendo apropiadas en el contexto de los cambios acelerados que estaban ocurriendo a nivel mundial y regional, y considerando la necesidad de fortalecer el desarrollo institucional, la planificación a largo plazo, y la evaluación para prever y facilitar la respuesta de la Organización ante el cambio.

En particular, se pedía al Subcomité que estudiara las siguientes preguntas: ¿Hasta qué punto debe el SPP participar en la planificación estratégica y en la evaluación de la cooperación regional? ¿Qué clase de temas debe tratar el SPP y en qué medida deben estar dichos temas relacionados con la planificación a largo plazo, y no con la planificación en el futuro inmediato? ¿Cuál debe ser la función del SPP en la evaluación de la cooperación técnica a nivel de país? ¿Cuál debe ser la modalidad de trabajo del Subcomité en sus sesiones y qué tipo de documentos se necesitarían para apoyar cualquier cambio en la modalidad actual? ¿Con qué frecuencia debe reunirse el Subcomité? ¿Sería posible utilizar las telecomunicaciones para que continuara su trabajo entre las sesiones? ¿Cómo pueden reflejarse mejor las distintas funciones del SPP y del Comité Ejecutivo en la modalidad de trabajo, en los asuntos tratados, y en los miembros que conforman cada entidad para que el SPP pueda contribuir más eficazmente al proceso general de planificación y de evaluación general para la Organización?

Los delegados estuvieron de acuerdo en que sería aconsejable que el Subcomité regresara a su orientación de planificación de largo alcance y para ello funcionaría más como un grupo de estudios, tal como lo había hecho originalmente. Se señaló que cada vez era más frecuente que los documentos tratados por el Comité Ejecutivo y el Consejo Directivo fuesen esencialmente los mismos que aquellos que había examinado inicialmente el Subcomité y que, como resultado, el tenor del debate en los tres cuerpos tendía a ser el mismo. La opinión fue que el Subcomité podría contribuir más constructivamente a la labor de la Organización si se centrara menos en los asuntos del

programa actual y se concentrara en cambio en el mejoramiento de los procesos de planificación a largo plazo y en la evaluación de los resultados de dichos procesos. Sin embargo, al mismo tiempo se reconocía el valor de la función del Subcomité al someter los documentos a una selección y al informar al Comité Ejecutivo sobre asuntos programáticos. Se señaló que las sesiones del Comité Ejecutivo quizá resultarían más largas si el Subcomité dejara de desempeñar esa función de selección. También se recalcó que, en su calidad de órgano asesor del Comité Ejecutivo, el Subcomité no estaba en libertad de fijar su propio orden del día pero tenía la responsabilidad de examinar cualquier asunto que le fuese remitido por el Comité.

En cuanto a la forma y la frecuencia de las sesiones del SPP y a la participación en él, se hicieron algunas sugerencias concretas, entre ellas las siguientes:

- Eliminar la sesión del otoño y celebrar solo una sesión cada año, lo que permitiría que el personal de la Oficina dispusiera de más tiempo para preparar y distribuir los documentos y daría más tiempo a las delegaciones para hacer circular dichos documentos entre los organismos apropiados dentro de sus gobiernos respectivos.
- Seguir celebrando dos sesiones por año, pero hacer de la sesión del otoño más bien una sesión de tormenta de ideas sobre un tema único, que podría decidirse durante la sesión de primavera, y por lo tanto habría tiempo suficiente para preparar la documentación necesaria.
- Fomentar una mayor informalidad y más diálogo en las sesiones del Subcomité.
- Seguir y ampliar la práctica de incluir preguntas para el debate en los documentos y las exposiciones preparadas para el Subcomité como una forma de estimular un mayor intercambio de ideas y el diálogo.
- Distribuir los documentos al menos cuatro semanas —pero preferentemente seis semanas— antes de las sesiones del Subcomité para dar a los participantes la oportunidad de familiarizarse a fondo con los asuntos que se tratarán y de ese modo permitir que intervengan más activamente en las sesiones.
- Procurar que todas las diapositivas, transparencias y otras ayudas visuales usadas en las sesiones del Subcomité sean bilingües (inglés/español) para facilitar la comunicación y el debate entre los participantes.
- Modificar la composición del Subcomité para incluir un menor número de Miembros del Comité Ejecutivo a efecto de evitar repetición de los mismos temas y observaciones en las sesiones de los otros Cuerpos Directivos.

- Lograr una participación más amplia de los Estados Miembros, en particular aquellos que rara vez o nunca hayan participado en las sesiones del Subcomité.
- Ampliar el mandato de los Miembros del Subcomité para fomentar mayor continuidad y formar un núcleo de experiencia y conocimientos especializados, lo que prepararía mejor al SPP para contribuir a la planificación de largo alcance.
- Considerar la posibilidad de invitar a expertos técnicos externos, tanto del sector público como del privado, a que participen en la redacción de los documentos y en los debates del Subcomité.

El consenso que surgió fue que sería aconsejable celebrar una sola sesión por año, probablemente en febrero o marzo. Para dar suficiente tiempo para el debate, se dijo que la sesión debía durar tres días, en lugar de dos, como se había hecho en años recientes. Se puso de relieve la necesidad de hacer circular los documentos con mucha antelación a las sesiones.

En cuanto a la participación del Subcomité en la evaluación de la cooperación técnica de la OPS a nivel de país, se acordó que el SPP debía desempeñar una función en el proceso de evaluación, aunque había criterios dispares sobre el grado y la naturaleza de esa función. Un delegado propuso que las sesiones del SPP quizá pudieran celebrarse ocasionalmente en los países en los cuales se estaban realizando las evaluaciones a fin de incluir al Subcomité más directamente en el proceso, ya fuese un principio, para que el Subcomité pudiera aportar información sobre el contenido de la evaluación, o hacia el final, para que el Subcomité pudiera formular observaciones y recomendaciones en relación con los resultados de la evaluación. Otro delegado sugirió que quizá fuese más útil presentar evaluaciones escritas de la cooperación técnica a los Miembros del SPP en el transcurso del año a título de información y para recabar su opinión. Luego, la Oficina podría usar esa retroalimentación para determinar los problemas comunes a nivel de país, especialmente los que quizá repercutan en las iniciativas regionales o para mejorar las intervenciones de la OPS en todos los países. Por lo tanto, los debates de evaluación se concentrarían más en un tema y menos en los entornos nacionales. En cualquier caso, se instaba al Director a que sopesara cuidadosamente los beneficios de celebrar las sesiones fuera de la sede de la OPS frente a los costos que implicaría esa decisión.

En lo que se refiere a los temas que debe tratar el Subcomité, se recalcó que debían incluirse temas prácticos de interés común para a los países, como por ejemplo la forma de ampliar la cobertura de atención de salud a las poblaciones subatendidas. En este sentido, el Delegado del Ecuador solicitó expresamente que el tema del seguro universal de salud fuera tratado por el Subcomité en 2000 para que los países que habían formulado, o planificaban formular, tales planes de seguro tuvieran la oportunidad de

comparar y aprender de las experiencias de otros. Se recalcó que los documentos preparados para consideración por el Subcomité, especialmente los relacionados con cuestiones de programación, siempre debían incluir un análisis del grado en que las actividades previstas contribuirían a una mayor equidad. Además, se recalcó que el SPP debía procurar velar por la vinculación entre los procesos de planificación y presupuestación, puesto que el presupuesto era la manifestación visible de la planificación. Con ese fin, se consideraba esencial que los documentos incluyeran información sobre las consecuencias financieras de los asuntos de programación.

La Dra. Sealey dijo que la Oficina haría todo lo posible por que los documentos futuros y las intervenciones sobre los asuntos de programación incluyeran un debate de los costos y las consecuencias financieras, así como un análisis del grado en el cual se estaba incorporando el principio de la equidad en los programas y las actividades de la Organización. La Oficina también velaría por que todas las futuras exposiciones visuales contuvieran texto tanto en inglés como en español y que los documentos se distribuyeran por lo menos con un mes de antelación a las sesiones del Subcomité. En respuesta a una observación de uno de los delegados, reconoció que en el documento sobre este tema no se había abordado explícitamente la relación funcional del SPP con los otros Cuerpos Directivos. Sin embargo, estimaba que el debate había dejado claro que los delegados consideraban que una función importante del SPP era la de ayudar al Comité Ejecutivo en su función de analizar los temas que se enviarían al Consejo Directivo para la acción.

El Director dijo que veía aspectos tanto negativos como positivos en esta superposición de funciones. Señaló que la eficacia con que el Consejo Directivo despachaba en general su trabajo solía ser un resultado de que los temas habían sido debatidos a fondo previamente por las delegaciones que concurrían a las sesiones del Subcomité y del Comité Ejecutivo. En el caso de asuntos difíciles o contenciosos, se había comprobado que resultaba beneficioso efectuar el debate inicial dentro del SPP, puesto que así se ayudaba a crear consenso. No obstante, la repetición que a veces caracterizaba los debates en los Cuerpos Directivos debía evitarse en lo posible. Esto podría lograrse si el Comité Ejecutivo determinara cuáles aspectos concretos dentro de los temas más amplios sobre los cuales deseaba recibir asesoramiento o recomendaciones del Subcomité.

En cuanto a los Miembros del Subcomité, estaba de acuerdo en que debía realizarse un esfuerzo para lograr mejor equilibrio en la participación de los Estados Miembros en el trabajo del SPP; sin embargo, puesto que el Subcomité era un órgano subsidiario del Comité Ejecutivo, opinaba que debería estar compuesto principalmente por miembros de este último. Quizá fuese posible lograr mayor continuidad, tal como se había sugerido, al designar unos miembros permanentes o a más largo plazo al Subcomité, con miras a formar la memoria institucional. También podría ser factible

enriquecer las intervenciones que se hacían al SPP con apoyo de expertos en diversas áreas, incluso con expertos de los Estados Miembros y de fuera de la Organización.

Se mostró entusiasta en cuanto a la idea de celebrar solo una sesión por año; sin embargo, la Oficina necesitaría considerar cómo estructurar mejor esa sesión para que produjera un mayor beneficio tanto para los Estados Miembros como para el personal. Si se acordara que la función principal del Subcomité debía ser la planificación a largo plazo, la programación y la generación de nuevas ideas, se requeriría un período de preparación más largo. Probablemente también sería aconsejable celebrar una sesión más larga a objeto de que hubiera tiempo suficiente para examinar los temas exhaustivamente, tal como habían propuesto los delegados. La Oficina también buscaría maneras para hacer que el SPP fuera más un grupo de estudios y se adoptara un diálogo más informal entre los participantes.

La idea de celebrar las reuniones fuera de la sede de la OPS era atractiva por varias razones. En particular, permitiría a los miembros ver y participar en el proceso de formular planes y programar “en directo” a nivel de país y apreciar los efectos prácticos de las recomendaciones del Subcomité en los países. Sin duda, sería más costoso celebrar las sesiones fuera de la Sede, pero si al hacerlo se mejoraba el funcionamiento de la Organización, consideraba que valía la pena examinar la idea. Es más, la celebración de la sesión a nivel de país no excluiría de ningún modo el debate de asuntos en relación con la planificación y la programación generales de la Organización, temas de gestión y de política, o temas actuales de interés regional o mundial, como el sugerido por el Delegado del Ecuador.

Acordó que era esencial vincular con el presupuesto todo debate de la planificación y programación, independientemente de que eso se hiciera prospectivamente o después de aprobado el presupuesto. De igual manera, era importante examinar las consecuencias financieras de las medidas propuestas. La Oficina se encargaría de que los documentos presentados al Subcomité incluyeran tal información financiera.

Finalmente, expresó su gratitud a los delegados por el espíritu cooperativo y no de enfrentamiento con el cual se habían acercado al debate. Estaba claro que para todos ellos lo que importaba por encima de todo eran los intereses de la Organización considerada en conjunto.

### ***Salud materna (documento SPP33/7)***

La Sra. Carol Collado (Coordinadora, Programa de Salud de la Familia y Población) presentó algunas consideraciones generales con relación a la salud materna y

examinó las enseñanzas aprendidas del trabajo realizado por la OPS en esta esfera durante tantos años. Empezó por señalar que la comprensión de lo que constituía la salud materna había cambiado. Durante mucho tiempo en la historia de la salud pública, la “salud materna” designaba la salud de las mujeres durante el embarazo o el período perinatal. Sin embargo, la salud materna ahora se veía como un resultado de interacciones complejas que tenían lugar en los niveles tanto individual como social a lo largo de la vida de una mujer, en combinación con las características y el funcionamiento de los sistemas y servicios de salud. Al nivel individual, la salud materna recibía la influencia de muchos factores, incluido el estado nutricional, la base del conocimiento, el nivel educativo, el sistema de creencias, las tendencias hereditarias y factores determinantes ambientales especiales. A nivel social, las influencias étnicas y culturales, las funciones cambiantes para las mujeres tenían repercusiones sobre la salud materna, al igual que las tienen la pobreza, la inestabilidad económica y la brecha creciente en la distribución de riqueza y las posibilidades para obtener acceso a la educación, la nutrición y los servicios de salud.

A pesar de esta realidad, los servicios de salud para las mujeres seguían siendo principalmente episódicos y reactivos, prestando poca atención a los factores culturales y contextuales que influían en la salud de la mujer. Esa falla tenía repercusiones no solo para las mujeres tratadas, sino también para aquellos cuyas vidas tocaban, ya que había numerosas pruebas de que la salud materna influía no solo en la salud de las mujeres mismas, sino en la de sus hijos, sus familias, la comunidad y, en último término, todo el proceso de desarrollo nacional.

Después de siglo y medio de trabajar en salud materna en las Américas y a nivel mundial, se habían aprendido algunas enseñanzas. Los principales eran que la salud materna debía considerarse como un proceso que dura toda la vida y que la atención a la salud de la mujer debía empezar mucho tiempo antes y seguir mucho tiempo después de sus años fecundos; que la calidad de la atención y la formación de capacidad para las relaciones humanas eran indispensables, ya que se había demostrado que las mujeres no usarían los servicios si las trataban mal; que las políticas y las leyes sobre la salud de la mujer debían estar acompañadas por mecanismos de seguimiento, evaluación y cumplimiento; que las autoridades sanitarias debían participar en la formulación de políticas sobre educación, comercio, trabajo y otros sectores para aumentar la toma de conciencia sobre los efectos sanitarios de la formulación de políticas en esas áreas; y que los conocimientos sobre salud y participación social eran claves para cambiar las actitudes y los comportamientos con relación a la salud materna, pero que las iniciativas para transmitir el conocimiento y lograr cambios en el comportamiento debían tener en cuenta la diversidad cultural.



Sobre la base de esa experiencia, la OPS propugnaba un enfoque a la salud materna que tuviera en cuenta las particularidades de género y el ciclo de vida, que hiciera hincapié en la prevención de enfermedades y la promoción de la salud y reconociera los innumerables factores que intervienen en el logro de la salud. La Organización consideraba que su función en la promoción de la salud materna consistía en seguir apoyando a los países en la formulación de un marco para la atención que incorporara el conocimiento y la tecnología existentes y que reconociera las consecuencias intergeneracionales duraderas de la salud materna; en examinar los marcos normativos vigentes para velar por que se prestara la atención adecuada a los mecanismos de seguimiento, evaluación y acatamiento; en examinar y reestructurar los programas existentes para incluir actividades encaminadas a tratar condiciones y factores determinantes subyacentes que resultan en problemas de salud de la madre; y en evaluar los servicios de salud y el adiestramiento, la distribución y la utilización de las diferentes categorías de recursos humanos en la prestación de atención de salud materna.

Se esperaba que este cambio hacia una concepción más holística de la salud materna generara los siguientes resultados: un cambio en la visión de la salud materna para que no se siguiera considerando estrictamente como un problema de salud de la mujer y que se reconociera como una cuestión que tiene relación con la familia y la comunidad, la salud pública, la equidad, los derechos humanos y el desarrollo; un marco de política que asignara prioridad a la salud materna como una forma de corregir las inequidades; la creación de sinergia entre los participantes en este ámbito para el logro de las metas comunes de salud materna; planes de acción y distribución de recursos orientados a la calidad y la promoción de la salud; y mayor número de mujeres capaces de ejercer sus derechos y de decidir con toda libertad sobre los asuntos relacionados con la sexualidad y la salud reproductiva, sin estar sometidas a coerción, discriminación o violencia.

El Subcomité expresó su apoyo al enfoque holístico e integrado de la salud materna presentado en el documento, que tenía en cuenta factores tales como la discriminación por razón de género, la violencia en el hogar y los derechos reproductivos, ya que todos ellos tenían una repercusión profunda sobre la salud materna. El Subcomité también apoyaba el enfoque de la salud materna como un problema de la familia y del desarrollo comunitario y elogió el reconocimiento de la naturaleza intergeneracional de la salud materna que se hacía en el documento. Los esfuerzos que se hicieran en favor de mejorar la salud, la nutrición y la educación de las niñas con miras a que mejorasen los resultados de la salud materna a largo plazo, se consideraban especialmente importantes. Se instó a la Oficina a que considerara la posibilidad de elaborar un plan o marco para la acción en la Región sobre la base de las conclusiones del documento. También se instó a la OPS a que siguiera atrayendo la atención hacia problemas social y políticamente delicados como la violencia por razón de sexo y el aborto, que eran causas graves de

morbilidad y mortalidad maternas. Se sugirió que la Organización quizá quisiera investigar las posibilidades de colaboración sobre el problema de la violencia doméstica con el Instituto Interamericano del Niño, que tenía una iniciativa similar.

Varios delegados describieron formas en que se estaban incorporando adecuadamente algunas de las recomendaciones del documento en los programas de salud materna en sus países. Se informó que Bolivia y Ecuador, por ejemplo, habían introducido recientemente los programas gratuitos de atención de salud maternoinfantil que abordaban las principales causas de las elevadas tasas de mortalidad materna e infantil, así como otros problemas como bajo peso al nacer y trastornos del crecimiento y desarrollo de los niños, asociados con la mala salud de la madre. Otro aspecto de igual importancia es que esos programas reconocían la responsabilidad del Estado y la sociedad en la promoción y la protección de la salud materna.

Se subrayó la importancia de la acción intersectorial para abordar los problemas de salud de la madre. Se señaló que los ministerios de salud debían procurar entablar un diálogo que incluyera también a los ministerios de educación, trabajo, hacienda y planificación, con miras a destacar las repercusiones socioeconómicas y sobre el desarrollo que tienen la muerte y la mala salud de las madres. También se recalcó la necesidad de elaborar indicadores para el seguimiento y la evaluación de las actividades que abordan los múltiples factores determinantes de la salud de la mujer. Varios delegados formularon observaciones sobre la relación entre la salud materna y la reforma del sector de la salud, y se destacó el valor de los resultados de salud materna como un marcador del progreso en la reforma sanitaria. A este respecto, también se señaló que las decisiones acerca de cómo podían prestarse los servicios de salud —especialmente las decisiones con respecto al financiamiento privado o público de los servicios— tendrían una repercusión directa sobre el acceso de las mujeres a los servicios y, por consiguiente, sobre la salud materna. Se expresó apoyo para la idea de que la salud materna debe ser una responsabilidad colectiva de la sociedad.

Se hicieron varias sugerencias en relación con otras preocupaciones y recomendaciones que podrían incorporarse en un marco o plan de acción para la salud materna, entre las que se encuentran las siguientes:

- Todas las políticas sobre salud materna deberían tener en cuenta las características culturales de cada país; solo si se respetan las tradiciones y los métodos culturales las mujeres estarán dispuestas a ir a los servicios de salud y solo entonces sería posible ampliar la cobertura, mejorar la salud materna y reducir la mortalidad materna.

- Deberían promoverse programas comunitarios de extensión que identifiquen y apoyen a todas las mujeres embarazadas de una comunidad dada, independientemente de que ellas acudan o no al sistema sanitario formal.
- Debería fomentarse la creación de comités de salud materna a nivel local; estos comités se encargarían de la notificación y la investigación de cada muerte materna, y esa información se integraría en los sistemas existentes de vigilancia.
- Los servicios de salud materna deberían incluir al menos 4 establecimientos de atención obstétrica integral y 20 establecimientos de atención obstétrica básica por cada 500.000 habitantes, de conformidad con las normas de la OMS.
- Deberían establecerse programas de partería profesional, luego de un análisis de la situación en cada país que determinase la demanda para dichos servicios.
- Deberían formularse estrategias para aconsejar a las mujeres antes del embarazo y hacerlas tomar conciencia de la importancia de la buena nutrición y de los modos de vida sanos.
- Un marco integral para la salud materna debería tener en cuenta la repercusión que tienen sobre la salud materna los cambios en las funciones y los modos de vida de las mujeres. Por ejemplo, en algunos países, no cesa de aumentar el número de mujeres que están posponiendo el embarazo para proseguir una educación superior e iniciar una carrera profesional. Los problemas de salud materna que se plantean a estas mujeres (mayores riesgos asociados con embarazos tardíos, infertilidad, etc.) son diferentes de los que afrontan las mujeres más jóvenes.

La Sra. Collado observó que, al preparar el documento, el Programa de Salud de la Familia y Población había consultado extensamente con otras divisiones y programas de la Oficina, con miras a incorporar todos los factores determinantes que influyen en la salud materna. Indudablemente, las observaciones del Subcomité ayudarían a que el Programa siguiera desarrollando y refinando el marco propuesto.

### ***Reparaciones al edificio de la sede de la OPS***

El Dr. Richard Marks (Jefe, Departamento de Servicios Generales) recordó que la Oficina había informado a la 124.<sup>a</sup> sesión del Comité Ejecutivo, en junio de 1999, que se habían detectado algunos problemas graves en los componentes de los sistemas de calefacción y aire acondicionado del edificio de la sede de la OPS. En esa oportunidad, una empresa consultora de ingeniería fue llamada a evaluar la situación. La evaluación

había concluido y la Oficina ya podía presentar información más completa sobre los problemas encontrados y las medidas recomendadas para resolverlos.

Mientras se estaban reemplazando las calderas y los enfriadores del edificio en 1999, se descubrieron graves problemas en las juntas de las tuberías que suministraban agua caliente y fría utilizada para calentar y enfriar el edificio. En dos ocasiones, se habían roto las juntas de la tubería debido al óxido y la corrosión, causando daños de consideración a los techos e intensas inundaciones dentro del edificio. Había sido sumamente difícil reparar el daño porque las válvulas para cerrar las salidas de agua se encontraba en lugares inaccesibles y porque los techos contenían asbesto, que planteaba una amenaza para la salud de los trabajadores, a menos que los procedimientos de reducción del asbesto se realizaran antes de la reparación. El muestreo efectuado en nueve sitios reveló que la corrosión se había generalizado, lo cual significaba que era probable que ocurrieran incidentes similares de rotura e inundación.

La empresa consultora había encontrado que las tuberías estaban en muy malas condiciones y había calculado que a las unidades de inducción de aire del edificio les quedaba, como máximo, una vida de tres años. Había recomendado el remplazo inmediato tanto de las tuberías como de las unidades de inducción. El trabajo tendría tres componentes principales: el remplazo de las válvulas de cierre para permitir el control independiente del agua en 26 zonas verticales; la reducción del asbesto y el remplazo de las tuberías ascendentes y descendentes; así como el remplazo de las unidades de inducción y sus cubiertas. La Oficina calculaba el costo total de las obras, incluidos los costos asociados con la reubicación temporal del personal, en aproximadamente US\$ 7,5 millones.

Los Miembros del Subcomité señalaron que el Comité Ejecutivo, y no el SPP, estaba autorizado para tomar decisiones relativas a reparaciones en los edificios de la OPS; no obstante, expresaron su inquietud por las consecuencias de esperar para consultar al Comité Ejecutivo, dada la necesidad urgente de remediar la situación y la posibilidad de aumento de los costos si se retrasaran las reparaciones. Se hicieron varias preguntas acerca de la procedencia del financiamiento para las reparaciones.

El Sr. Eric Boswell (Jefe de Administración) explicó que el asunto se había presentado al conocimiento del SPP porque se necesitaba tomar medidas inmediatas. También se informaría al Comité Ejecutivo acerca del problema en junio de 2000, pero entretanto la Secretaría estaba buscando de los Miembros del Subcomité —quienes también eran todos Miembros del Comité Ejecutivo— “una aprobación preliminar” para proceder con las reparaciones necesarias. Para cubrir los costos, la Oficina propuso un aumento único de US\$ 7,5 millones en el límite superior del Fondo de la OPS para Bienes Inmuebles. El límite del Fondo actualmente era de \$ 500.000.

El Director dijo que agradecía la comprensión del Subcomité sobre la gravedad de la situación. Estuvo de acuerdo en que era necesario consultar al Comité Ejecutivo; sin embargo, siete de los nueve Miembros del Comité estaban presentes en la sesión del Subcomité. Si dichos Miembros aceptaban el aumento único del límite superior del Fondo para Bienes Inmuebles, se comunicaría de inmediato con los dos Miembros del Comité que no estaban presentes para informarlos de la recomendación del Subcomité y buscar su aprobación.

Los Miembros del Comité Ejecutivo que estaban presentes en la sesión del SPP estuvieron de acuerdo en autorizar al Director a que tomara las medidas necesarias y solicitaron que se comunicara formalmente por escrito con los Miembros del Comité Ejecutivo para informarles de la situación, de las medidas que se tomarían y de las consecuencias presupuestarias de esas medidas.

### **Otros asuntos**

El Delegado de Cuba presentó un breve recuento de los resultados de la novena Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y Presidentes de Gobierno, en la cual la OPS había desempeñado una función importante y que había producido varios resultados de interés para la Organización y sus Estados Miembros. Cuba había sido el país anfitrión de la cumbre, celebrada en La Habana los días 15 y 16 de noviembre de 1999. El tema de la reunión había sido “Iberoamérica y la situación internacional en una economía globalizada”. El primer acto de la cumbre había sido la inauguración de la Escuela Latinoamericana de Ciencias Médicas, que había sido aclamada como un símbolo de cuánto podían realizar los países cuando colaboraban. Aunque la idea para la Escuela se había concebido menos de un año antes, ya se habían matriculado 1.929 estudiantes, que representaban a 18 países y 27 grupos étnicos; estos estudiantes regresarían para servir a sus países como médicos en zonas geográficas donde antes no había ningún doctor.

Desde la primera cumbre, celebrada en Guadalajara (México) en 1991, se había forjado una tradición sólida de cooperación entre los países iberoamericanos. Los jefes de Estado y de gobierno habían decidido estructurar y formalizar el proceso de cooperación en la cuarta cumbre, y en la quinta cumbre se había firmado el Convenio para la Cooperación Iberoamericana. En la séptima cumbre se había decidido que era necesario institucionalizar aún más el proceso mediante la creación de una secretaría permanente. La novena cumbre había aprobado el establecimiento de la secretaría en Madrid. En su próxima sesión, el Comité Ejecutivo quizá desee considerar las posibilidades de que la recién creada Secretaría de Cooperación Iberoamericana fomente el aumento de la cooperación entre los países en la esfera sanitaria.

La novena cumbre había adoptado la Declaración de La Habana, que reafirmaba el valor de las cumbres al promover la unidad y colaboración entre los países iberoamericanos. En la sesión de clausura, el Presidente de Panamá había anunciado que el tema de la décima cumbre, que se celebrará en su país, sería “La infancia y la adolescencia”. En vista de la singular importancia de ese tema para la salud, la delegación cubana recomendaba que fuera tratado por el Comité Ejecutivo en junio de 2000, con miras a ayudar a la Organización y a los Estados Miembros a preparar su participación en la cumbre.

El Subcomité recibió con beneplácito la creación de la Escuela Latinoamericana de Ciencias Médicas, que indudablemente redundará en beneficio de las poblaciones tradicionalmente subatendidas en la Región. Varios delegados expresaron su agradecimiento al Gobierno de Cuba por brindar a los estudiantes de sus países la oportunidad de estudiar la carrera de medicina. También se expresó apoyo para la idea de tratar dentro del Comité Ejecutivo la función de la OPS en foros políticos como las cumbres iberoamericanas.

La Dra. Klinger, hablando por invitación del Director, dijo que la OPS consideraba su participación en los procesos de las cumbres regionales (las iberoamericanas y las de las Américas) como una oportunidad de plantear la prominencia de los temas de salud en los programas políticos y de desarrollo. El debate sobre el acceso equitativo a los servicios de salud en la Cumbre de las Américas de 1994, en Miami, había sido un reflejo de los debates del tema de la equidad en materia de salud por los ministros de salud dentro de los Cuerpos Directivos de la Organización. Varias iniciativas y oportunidades para la movilización de recursos habían resultado de aquellos debates, incluida la iniciativa de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI), la iniciativa de vigilancia de la reforma del sector de la salud, la iniciativa de reducción de la mortalidad materna y la iniciativa de eliminación del sarampión. La Organización, en colaboración con los Estados Miembros, había conseguido movilizar entre \$30 millones y \$35 millones para continuar esas actividades. En consecuencia, la OPS consideraba los mandatos colectivos que surgían de las cumbres como un medio muy importante para hacer avanzar las prioridades sanitarias en la Región.

Sin duda, la creación de la nueva Secretaría de Cooperación Iberoamericana brindaría otras oportunidades a la Organización de abogar por la inclusión de los temas de salud en los programas políticos y de desarrollo y movilizar apoyo para ejecutar los planes de acción resultantes de las cumbres. Con relación a la décima cumbre, la Secretaría ya había empezado a tratar con el Gobierno de Panamá y los otros Estados Miembros para determinar cómo podría la Organización participar más eficazmente en esa reunión. La Oficina también estaba estudiando cómo utilizar el plan de acción

conjunto que la OPS había establecido con el Gobierno de España para favorecer la ejecución de los mandatos colectivos de las cumbres.

El Director agradeció al Delegado de Cuba su informe sobre la novena cumbre y afirmó que la Organización haría todo lo que estuviera a su alcance para lograr que el tema de la salud siguiera ocupando un lugar importante en el programa de la próxima cumbre. Además, la Oficina buscaría el asesoramiento del Comité Ejecutivo sobre cómo debe colocarse la OPS dentro del movimiento político continental representado por las cumbres. También expresó el agradecimiento de la Organización al Gobierno de Cuba por patrocinar la celebración del 75.º aniversario de la firma del Código Sanitario Panamericano.

En cuanto a la próxima sesión del Subcomité, el reglamento interno actual requería que el Subcomité celebrara dos períodos ordinarios de sesiones cada año, a menos que el Comité Ejecutivo decidiera otra cosa. La primera de las dos sesiones tendría lugar después del Consejo Directivo y antes de la sesión del Consejo Ejecutivo de la OMS. La otra sesión se celebraría después de la sesión del Consejo Ejecutivo de la OMS y antes de la sesión del Comité Ejecutivo de la OPS. Se comunicaría con los Miembros del Subcomité en relación con las fechas y el orden del día para la próxima sesión, teniendo presente esas normas y las observaciones hechas durante el debate del funcionamiento del SPP. Reiteró su gratitud a los delegados por el espíritu de colaboración con el cual habían enfocado ese debate.

### **Clausura de la sesión**

El Presidente agradeció a los delegados su participación activa y considerada durante la sesión, que había sido muy productiva. Expresó el agradecimiento del Subcomité al personal de la Oficina por su asistencia eficaz y luego declaró clausurada la 33.ª sesión.

Anexos

## **ORDEN DEL DÍA**

1. Apertura de la sesión
2. Adopción del orden del día y del programa de reuniones
3. ***Funcionamiento del Subcomité de Planificación y Programación***
4. Participación de la Organización Panamericana de la Salud en la reforma de las Naciones Unidas en los Estados Miembros
5. Protección de los alimentos
6. Biblioteca Virtual en Salud
7. Salud materna
8. Enfermedades cardiovasculares, en especial la hipertensión arterial
9. Reparaciones al edificio de la sede de la OPS
10. Otros asuntos



## LISTA DE DOCUMENTOS

<i>No. de documento</i>	<i>Título</i>
SPP33/1, Rev. 2	Orden del día
SPP33/2, Rev. 2	Lista de participantes
SPP33/3	Funcionamiento del Subcomité de Planificación y Programación
SPP33/4	Participación de la Organización Panamericana de la Salud en la reforma de las Naciones Unidas en los Estados Miembros
SPP33/5	Protección de los alimentos
SPP33/6	Biblioteca Virtual en Salud
SPP33/7	Salud materna
SPP33/8	Enfermedades cardiovasculares, en especial la hipertensión arterial

**LIST OF PARTICIPANTS  
LISTA DE PARTICIPANTES**

**Members of the Subcommittee  
Miembros del Subcomité**

**Bolivia**

Dr. Fernando Cisneros del Carpio  
Director de Relaciones Internacionales  
Ministerio de Salud y Previsión Social  
La Paz

**Canada  
Canadá**

Mr. Edward M. Aiston  
Director General  
International Affairs Directorate  
Policy and Consultation Branch  
Health Canada  
Ottawa, Ontario

**Cuba**

Dr. Antonio González Fernández  
Jefe del Departamento de  
Organismos Internacionales  
Ministerio de Salud Pública  
La Habana

Dr. Jorge Hadad Hadad  
Director, Escuela Nacional de Salud Pública  
Ministerio de Salud Pública  
La Habana

**Members of the Subcommittee** (*cont.*)

**Miembros del Subcomité** (*cont.*)

**Ecuador**

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

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

**Guyana**

Dr. Rudolph O. Cummings  
Chief Medical Officer  
Ministry of Health  
Georgetown

**Mexico**  
**México**

Dra. Melba Muñiz Martelón  
Directora de Desarrollo y Gestión Internacional  
Dirección de Asuntos Internacionales  
Secretaría de Salud  
México, D.F.

Lic. María de Lourdes Aranda Bezaury  
Ministra, Representante Alternativa de México  
ante la Organización de los Estados Americanos  
Washington, D.C.

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

**United States of America**  
**Estados Unidos de América**

Ms. Ann S. Blackwood  
Director, International Health Programs  
Bureau of International Organization Affairs  
Department of State  
Washington, D.C.

Mr. Richard S. Walling  
Director, Office of the Americas  
and the Middle East  
Office of International and Refugee Health  
United States Public Health Service  
Department of Health and Human Services  
Rockville, MD

Ms. Mary Lou Valdez  
International Health Program Officer (Americas)  
Office of International and Refugee Health  
United States Department of Health and Human Services  
Rockville, MD

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

**Other Member States**  
**Otros Estados Miembros**

**Brazil**  
**Brasil**

Sr. Roberto P. Coutinho  
Representante Alterno de Brasil  
ante la Organización de los Estados Americanos  
Washington, D.C.

**Honduras**

Lic. David Hernández  
Consejero  
Embajada de Honduras ante la Casa Blanca  
Washington, D.C.

**Pan American Sanitary Bureau  
Oficina Sanitaria Panamericana**

***Secretary ex officio of the Subcommittee  
Secretario ex officio del Subcomité***

Dr. George A. O. Alleyne  
Director

***Advisors to the Director  
Asesores del Director***

Dr. David Brandling-Bennett  
Deputy Director  
Director Adjunto

Dr. Mirta Roses Periago  
Assistant Director  
Subdirectora

Mr. Eric J. Boswell  
Chief of Administration  
Jefe de Administración

Dr. Juan Antonio Casas  
Director, Division of Health and Human Development  
Director, División de Salud y Desarrollo Humano

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

Dr. Ciro de Quadros  
Director, Division of Vaccines and Immunization  
Director, División de Vacunas e Inmunización

Dr. Daniel López Acuña  
Director, Division of Health Systems and Services Development  
Director, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud

**Pan American Sanitary Bureau (cont.)**  
**Oficina Sanitaria Panamericana (cont.)**

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

Dr. José Antonio Solís  
Director, Division of Health Promotion and Protection  
Director, División de Promoción y Protección de la Salud

Mr. Peter Toft  
Acting Director, Division of Health and Environment  
Director Interino, División de Salud y Ambiente

Dr. Carlos Castillo Salgado  
Chief, Special Program for Health Analysis  
Jefe, Programa Especial de Análisis de Salud

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

Dr. Diana Serrano LaVertu  
Chief, Department of Personnel  
Jefa, Departamento de Personal

Dr. Karen Sealey (Technical Secretary/Secretaria Técnica)  
Chief, Office of Analysis and Strategic Planning  
Jefa, Oficina de Análisis y Planificación Estratégica

***Office of Analysis and Strategic Planning***  
***Oficina de Análisis y Planificación Estratégica***

Dr. German Perdomo  
Senior Policy Adviser  
Asesor Principal de Políticas

**Pan American Sanitary Bureau (cont.)**  
**Oficina Sanitaria Panamericana (cont.)**

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

*Legal Counsel*  
*Asesora Jurídica*

Dr. Heidi V. Jiménez

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

Dr. Richard P. Marks

*Chief, Conference and Secretariat Services*  
*Jefa, Servicios de Conferencias y Secretaría*

Ms. Janice A. Barahona





ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD  
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



## **34.<sup>a</sup> SESIÓN DEL SUBCOMITÉ DE PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO**

*Washington, D.C., 29 al 31 de marzo de 2000*

---

CE126/5 (Esp.)  
Anexo B

SPP34/FR (Esp.)  
30 marzo 2000  
ORIGINAL: INGLÉS

# **INFORME FINAL**

## CONTENIDO

	<i>Página</i>
<b>Mesa Directiva</b> .....	3
<b>Apertura de la sesión</b> .....	3
<b>Adopción del orden del día y del programa de reuniones</b> .....	4
<b>Presentación y debate de los puntos del orden del día</b> .....	4
Política sobre el presupuesto por programas de la Organización Panamericana de la Salud.....	4
El significado del panamericanismo para la Organización Panamericana de la Salud.....	10
Salud infantil.....	15
Perspectivas para la colaboración de la Organización Panamericana de la Salud con organizaciones no gubernamentales .....	20
Dispositivos médicos .....	24
Armonización de la reglamentación farmacéutica .....	29
La tecnología de la información en la Organización Panamericana de la Salud.....	34
<b>Otros asuntos</b> .....	38
<b>Clausura de la sesión</b> .....	39
 Anexo A: Orden del día	
Anexo B: Lista de documentos	
Anexo C: Lista de participantes	

## INFORME FINAL

La 34.<sup>a</sup> sesión del Subcomité de Planificación y Programación del Comité Ejecutivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se celebró en la sede de la Organización, en Washington, D.C., los días 29 y 30 de marzo de 2000.

La sesión contó con la asistencia de representantes de los siguientes miembros del Subcomité elegidos por el Comité Ejecutivo o designados por el Director: Bolivia, Canadá, Costa Rica, Cuba, Ecuador, Estados Unidos de América, Guyana, México y República Dominicana. También estuvieron presentes observadores por Antigua y Barbuda, Honduras, Panamá y Uruguay, así como representantes de cuatro organizaciones no gubernamentales.

### Mesa Directiva

Los Gobiernos Miembros elegidos por el Subcomité en su 33.<sup>a</sup> sesión, en diciembre de 1999, siguieron desempeñando sus cargos:

<i>Presidente:</i>	Ecuador	(Dr. Bayardo García)
<i>Vicepresidente:</i>	Cuba	(Dr. Antonio González Fernández)
<i>Relator:</i>	Bolivia	(Sra. Edy Carmen Jiménez Bullaín)

El Dr. George Alleyne (Director, Oficina Sanitaria Panamericana) fue Secretario *ex officio*, y la Dra. Karen Sealey (Jefa, Oficina de Análisis y Planificación Estratégica) actuó como Secretaria Técnica.

### Apertura de la Sesión

El Presidente inauguró la sesión y, después de dar la bienvenida a los participantes, observó que la sesión agrupaba a los delegados bajo la meta común de mejorar el trabajo de la Organización y contribuir al mejoramiento de la salud y el bienestar para todos los pueblos de las Américas.

El Director también pronunció algunas palabras de bienvenida a los participantes y señaló que se estaban introduciendo varios cambios en la 34.<sup>a</sup> sesión del Subcomité en respuesta a las sugerencias formuladas durante el debate sobre el funcionamiento del SPP que tuvo lugar en la sesión anterior. Por ejemplo, como una forma de lograr que los Miembros participaran más activamente en las sesiones, se había invitado a dos

Gobiernos Miembros —Canadá y los Estados Unidos de América— a preparar documentos y a presentar ponencias en relación con dos de los puntos del orden del día. Además, en respuesta a la sugerencia de que una gama más amplia de actores externos a la Organización participara en las deliberaciones del Subcomité, se había invitado a representantes de varias organizaciones no gubernamentales a que asistieran. Estaba seguro de que los cambios ayudarían a estimular un debate animado y productivo.

### **Adopción del orden del día y del programa de reuniones (documentos SPP34/1, Rev. 1 y SPP34/WP/1, Rev. 1)**

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

### **Presentación y debate de los puntos del orden del día**

#### ***Política sobre el presupuesto por programas de la Organización Panamericana de la Salud (documento SPP34/3)***

La Dra. Sealey presentó el documento sobre este punto, que examinaba la formulación y la aplicación de la política actual sobre el presupuesto por programas de la OPS, adoptada por el Consejo Directivo en 1985, y esbozaba los parámetros y los principios que estaban guiando el proceso de revisión. La política actual proporcionaba normas para la preparación del presupuesto por programas y la asignación de recursos entre los programas regionales y de país, así como los criterios para la distribución de los fondos programáticos de país y regionales entre los países, sobre la base de su acatamiento de los mandatos colectivos adoptados por los Cuerpos Directivos, de indicadores tales como la mortalidad infantil y el tamaño de la población, y de los niveles anteriores de la cooperación técnica.

La política estipulaba que el apoyo a los programas de país constituía una prioridad fundamental de la Organización; por lo tanto, debería asignarse a esos programas como mínimo 35% del presupuesto ordinario total. Los fondos se asignarían a los programas regionales para que apoyaran directamente los objetivos y las prioridades de país y para acatar los mandatos regionales y colectivos. La política también contenía disposiciones en cuanto a la movilización y el uso de los fondos extrapresupuestarios, al apoyo a la cooperación técnica entre países (CTP) y a la promoción de mecanismos administrativos flexibles e innovadores, para maximizar los recursos.

Dado que la política establecía pocos objetivos cuantificables o indicadores especiales, la evaluación cuantitativa de sus resultados era difícil. No obstante, un examen de los presupuestos por programas del período 1982-2001 reveló que un objetivo

cuantificable —asignación de por lo menos 35% del total del presupuesto ordinario a los países— no solo se había alcanzado sino que se había superado con creces. En cuanto a la evaluación cualitativa del impacto de la política, el proceso de planificación, programación y elaboración del presupuesto se había efectuado siguiendo casi al pie de la letra las normas de la política actual. De acuerdo con la política, la naturaleza de la OPS como organización de cooperación técnica —distinta de una institución de cooperación financiera— se había puesto de relieve continuamente, al igual que la flexibilidad en la programación y en la elaboración de presupuestos, así como la capacidad de respuesta a las necesidades de los países. La cantidad presupuestada para apoyar la CTP había aumentado en 122% entre los bienios 1988-1989 y 1998-1999. La Organización también había tenido gran éxito en recabar financiamiento extrapresupuestaria, que actualmente representaba alrededor de 40% del presupuesto total.

Varios acontecimientos recientes determinaron la necesidad de revisar la política sobre el presupuesto aprobada en 1985. Particularmente, en mayo de 1998 la Asamblea Mundial de la Salud aprobó la resolución WHA51.31, que cambiaba la metodología para la distribución de los fondos a las regiones de la OMS. Como resultado, la asignación a la Región de las Américas quedaría reducida en \$10 millones<sup>1</sup> a lo largo de tres bienios, a partir del actual. Otras tendencias en los entornos externo e interno también tuvieron repercusiones sobre el trabajo de la Organización y por consiguiente, influyeron en su programación y elaboración de presupuesto. Entre las tendencias externas más significativas se encontraban los cambios demográficos y epidemiológicos, los desastres naturales, la globalización, la disminución constante de la ayuda oficial para el desarrollo (AOD) y un cambio en la canalización de fondos por conducto de organizaciones no gubernamentales (ONG), el proceso de reforma de las Naciones Unidas y un incremento de la exigencia de crecimiento nominal cero en los presupuestos de todas las organizaciones internacionales. Internamente, el presupuesto por programas de la OPS se regía por las orientaciones de política aprobadas por los Cuerpos Directivos, especialmente las orientaciones estratégicas y programáticas; los valores fundamentales de la Organización, a saber, el panamericanismo y la equidad; y un concepto de gestión que ponía de relieve la transparencia, la eficiencia y la responsabilización.

El Director había creado un grupo de trabajo —que constaba de representantes de diversas oficinas de la OPS y de dos Miembros del SPP— para ayudar a la Oficina de Análisis y Planificación Estratégica (DAP) en la formulación de una propuesta de política revisada sobre el presupuesto. El grupo de trabajo había enunciado algunos principios básicos que debían guiar el proceso de formulación de políticas. Esos principios, que se describían con mayor detalle en el documento, incluían lo siguiente:

- Flexibilidad y capacidad de respuesta ante las necesidades en constante cambio.

---

<sup>1</sup> A menos que se indique otra cosa, todas las cifras monetarias que aparecen en este informe se refieren a dólares de los Estados Unidos.

- Enunciado por escrito de toda fórmula matemática que se hubiera utilizado, reconociendo que ninguna fórmula permite la suficiente flexibilidad.
- Formulación de una política sobre el presupuesto que apoye una cultura de la asignación de prioridades dentro de la Organización.
- Reconocimiento de que la Organización comprende diferentes niveles con distintas funciones, con una distribución de fondos que permitirá una ponderación diferente de las funciones que tienen que cumplirse en cualquier momento dado; aunque el apoyo a los países debe seguir siendo fundamental, la importancia del trabajo que se está realizando a otros niveles de la Organización debe reconocerse y debe asignarse suficiente financiamiento para ese trabajo.
- Apoyarse en la ventaja comparativa de la OPS de tener presencia en todos los países.
- Racionalización de la estructura del presupuesto para facilitar la gestión por resultados y la presentación de informes.

Se pidió al Subcomité que formulara observaciones sobre la idoneidad y la pertinencia de los principios, así como sobre la pertinencia y el momento más indicado para efectuar el proceso general de revisión de la políticas sobre el presupuesto. También le pidieron que considerara si los factores contextuales diferentes de aquellos identificados en el documento debían tenerse en cuenta al revisar la política y con qué frecuencia debía revisarse la política del presupuesto de la Organización.

El Subcomité encontró que el documento es una base sólida para iniciar un examen de la política del presupuesto por programas de la Organización y apoyó los principios enunciados por el grupo de trabajo. Los principios de flexibilidad, solidaridad y equidad se consideraron particularmente importantes. Se recalcó, sin embargo, que toda revisión de la política sobre el presupuesto debería basarse en la política actual, y no partir de cero. Se expresó apoyo decidido para la idea de una “cultura de la asignación de prioridades”, que reconociese que la OPS no podía responder a todas las demandas de asistencia y que sus recursos limitados debían utilizarse donde tuvieran las mayores repercusiones. Diversos delegados recalcaron la necesidad de flexibilidad ante las necesidades en constante cambio, especialmente en el contexto de los procesos de reforma del sector de la salud en marcha en la mayoría de los países. Al mismo tiempo, se señaló que demasiada flexibilidad quizá tienda a diluir los esfuerzos encaminados a alcanzar las metas regionales comunes.

El Subcomité estuvo de acuerdo en que no podría haber ninguna fórmula que permitiera la flexibilidad suficiente o tuviera en cuenta las necesidades y la vulnerabilidad dispares de los países. En el caso de los estados pequeños como los del Caribe, por ejemplo, se señaló que, si bien tenían indicadores de salud relativamente buenos, su capacidad y los recursos internos eran limitados debido a su tamaño pequeño; es más, estaban con frecuencia sujetos a desastres naturales devastadores, y por eso seguirían requiriendo asistencia de la OPS. Varios delegados hicieron hincapié en la necesidad de no dar demasiado peso a los indicadores de salud al calcular las asignaciones de países. Señalaron que el uso de indicadores para esa finalidad tendería a sancionar a los países que habían obtenido los mayores logros en salud e indicaron que debería darse más peso a otro criterio mencionado en el documento: el compromiso mostrado por los países en el cumplimiento de los mandatos adoptados por sus decisiones colectivas a los niveles regional y mundial, y en su aplicación de los recursos nacionales en respuesta a dichos mandatos.

En cuanto a la frecuencia con la cual debía revisarse la política sobre el presupuesto, el Subcomité consideró que sería apropiado reexaminar la política en el momento en que se abordaran las orientaciones estratégicas y programáticas cuatrienales de la Organización. Sin embargo, probablemente no sería necesario o aconsejable reformar completamente la política cada cuatro años; más bien, la política podría ajustarse para reflejar cualquier cambio en las orientaciones regionales y en las políticas y prioridades mundiales.

El Subcomité consideró que la política del presupuesto por programas de la OPS debería reflejar las prioridades mundiales establecidas por la OMS. Sin embargo, también se señaló que era necesario reconocer la distinción entre la función de política que desempeña la OMS y la función de la OPS en materia de prestación de cooperación técnica. Si bien habría que tener en cuenta las prioridades y las políticas fijadas por la OMS, ello no significaba necesariamente que debían definir la política o las acciones de la OPS porque su función era cualitativamente diferente en muchos aspectos. Se recalcó que la política del presupuesto debería reflejar claramente la función de la OPS como catalizador y facilitador de la cooperación técnica, de la adquisición de experiencia y conocimientos técnicos y de la formación de capacidad en los países.

Se destacó la importancia de la evaluación para determinar el mejor uso de los recursos en la elaboración de los presupuesto de los programas. Se recalcó que la evaluación debería efectuarse sistemáticamente para determinar el impacto de un programa y determinar si había que seguir financiando los programas sobre la base de su pertinencia y eficacia. Varios delegados pusieron de relieve que la política sobre el presupuesto de la Organización debería tener en cuenta la importancia del financiamiento extrapresupuestario en el presupuesto total de la Organización y debería reconocer el

papel cada vez mayor que desempeñaban las ONG en las actividades sanitarias en la Región. Dicha política también debería seguir reflejando el compromiso de la OPS con la promoción de la cooperación técnica entre los países. También se señaló que, si bien era verdad que el presupuesto había sufrido como resultado de la política del crecimiento nominal cero defendida por algunos Estados Miembros, la OPS había recibido un aumento de las contribuciones señaladas a los países para el bienio actual, y había que reconocer esa realidad.

Varios delegados narraron experiencias de sus países que quizá resultarían útiles para el examen de la política de la Organización relativa al presupuesto. El Delegado de México presentó la fórmula que su país había ideado para asignar recursos a cada estado con miras a ampliar la cobertura de atención de salud, aumentar la equidad y satisfacer mejor las necesidades de grupos marginados de la población. La Delegada de Costa Rica informó que el Ministerio de Salud de su país había identificado ciertos temas intersectoriales, sobre la base de las prioridades nacionales, a los cuales se asignaba importancia al formular todos los presupuestos por programas.

La Dra. Sealey dijo que había quedado claro durante el debate en el Subcomité que los principios de solidaridad, flexibilidad y asignación de prioridades se consideraban cruciales. Agradeció a los delegados sus útiles observaciones y sugerencias, que sin duda mejorarían el documento y ayudarían a guiar el proceso general de revisión de políticas. También agradeció a los delegados que habían intercambiado las experiencias de sus respectivos países, y señaló que, al igual que la OPS, los países tenían que tomar decisiones acerca de la distribución de los recursos a diversos niveles y entre diversos programas. A su modo de ver, valdría la pena analizar la idea de identificar temas intersectoriales además de las prioridades temáticas. Agregó que la OPS quizá aplicaría un enfoque similar para lograr que sus prioridades, especialmente el panamericanismo y la equidad, se reflejaran en las asignaciones presupuestarias. Indicó que estaba de acuerdo con la importancia de la evaluación y señaló que durante los seis últimos meses la Secretaría se había ocupado de mejorar la calidad de la definición de los programas a objeto de evaluar mejor el impacto del programa a fines del bienio. En cuanto a la incorporación de fondos extrapresupuestarios en el proceso de elaboración de los presupuestos, cuando se preparaban los proyectos de presupuesto, era una práctica generalizada calcular no solamente la cantidad de financiamiento extrapresupuestario previsto, sino también indicar los programas para los cuales se había previsto el financiamiento. En cambio, la Oficina estaba siempre atenta para lograr que los recursos extrapresupuestarios apoyaran las orientaciones estratégicas aprobadas por los Cuerpos Directivos, en lugar de permitir que la disponibilidad del financiamiento extrapresupuestario influyera en la orientación de las actividades de la Organización.



El Director recalcó que la presentación de este tema al Subcomité representaba solamente el primer paso para elaborar una política de presupuesto. El próximo paso consistiría en formular un proyecto de política, teniendo en cuenta la información aportada por los Estados Miembros, el grupo de trabajo y el personal técnico de la Organización. Indudablemente, se harían varias modificaciones a la versión preliminar antes de aprobar una política definitiva. Tal como había señalado el Subcomité, el objetivo del proceso era revisar y mejorar la política actual, sobre la base de la experiencia adquirida en el transcurso de los años, y no formular una política totalmente nueva.

Agregó que le complacía que el debate del Subcomité se hubiera centrado en la política sobre el presupuesto por programas y no en la magnitud del presupuesto de la Organización. Obviamente, los delegados habían reconocido que ese presupuesto por programas era un instrumento para lograr los objetivos fijados por los Estados Miembros. También expresó su satisfacción por la importancia que asignaba el Subcomité a la flexibilidad y la solidaridad. La flexibilidad al elaborar los presupuestos era esencial para que la Organización pudiera responder a las necesidades en constante cambio y a los acontecimientos inesperados. A su parecer, el concepto de solidaridad también era crucial y la OPS debería procurar llevar ese concepto a la práctica al mantener una presencia en todos los países, que tendría su correlato en el presupuesto. Ningún Estado Miembro debería quedar excluido de la cooperación técnica de la Organización.

Estuvo de acuerdo en que era importante distinguir entre las funciones de la OMS y la OPS y también entre las funciones de los programas regionales y las de los programas de país dentro de la OPS. La identificación de las diferentes funciones y responsabilidades de diversos niveles era un principio de gestión fundamental para cualquier organización, y ese principio sin duda se reflejaría en la política del presupuesto por programas de la OPS. Con respecto a la nueva metodología para asignar los fondos de la OMS a las regiones, tal como había dicho en otras ocasiones, dicha metodología — especialmente su uso del índice de desarrollo humano como base para elaborar su presupuesto— era conceptualmente imperfecta. El proceso de formular la metodología también había sido imperfecto porque había abarcado solamente las asignaciones a las regiones, mientras que debía haber reexaminado el presupuesto por programas general de la OMS, lo que incluiría las asignaciones a la sede de la OMS.

Tal como había dicho la Dra. Sealey, la Oficina había hecho todo lo posible para prever la disponibilidad de fondos extrapresupuestarios y señalar las áreas en las cuales buscaría ese financiamiento, pero era imposible saber con certeza cuánto se recibiría durante un bienio. Por consiguiente, la programación de los fondos extrapresupuestarios era imposible. Si bien estaba muy consciente de las situaciones nacionales que habían conducido a la política del crecimiento nominal cero en algunos países, el Director

esperaba que los países estarían dispuestos a demostrar la misma flexibilidad al aplicar esa política que habían pedido a la Organización en su política sobre el presupuesto. Mantenía su postura de que no todas las organizaciones deberían estar sujetas a una política de crecimiento nominal cero. En el caso de la OPS, su aplicación había tendido a reducir la eficiencia y la eficacia de la Organización.

***El significado del panamericanismo para la Organización Panamericana de la Salud (documento SPP34/6)***

El Director presentó este tema, observando que el panamericanismo y la equidad eran los dos principios fundamentales que guiaban la cooperación técnica de la Organización. Empezó por trazar el desarrollo histórico del concepto del panamericanismo y luego citó varios ejemplos del panamericanismo en acción.

Simón Bolívar fue el primero en empezar a promover la idea de la unidad panamericana a comienzos del siglo XIX, aunque sus esfuerzos habían encontrado un éxito limitado. Joseph Lockey, en su obra *Essays in Pan-americanism*, publicada en 1939, describía la evolución del concepto. El término “panamericanismo” se había originado unos cien años antes y desde entonces había sido una constante en el discurso político, en particular en el contexto de las Conferencias Internacionales de los Estados Americanos, que habían dado origen a la Organización de los Estados Americanos (OEA) y todo el sistema interamericano. El entusiasmo por la idea se había reavivado en años recientes con las Cumbres de las Américas y las cumbres iberoamericanas. Lockey había identificado un conjunto de principios que definieron el significado del panamericanismo. Los principios incluían independencia, gobierno representativo, integridad territorial, la ley en lugar de la fuerza, la no intervención, la igualdad de todos los países dentro de los consejos de las Américas y la cooperación.

Esos principios siguieron configurando las relaciones entre los países de americanos, que estaban vinculados por conducto de los órganos del sistema interamericano, incluida la OPS. En realidad, la creación de la OPS podría considerarse una afirmación del espíritu del panamericanismo. Mediante acciones concertadas, los países de la Región habían alcanzado logros extraordinarios en el terreno de la salud, que había beneficiado a todos ellos. Es más, se había demostrado que la acción sanitaria conjunta podría conducir a la acción conjunta en otros temas, más difíciles. Un ejemplo notable era la iniciativa “Salud: un puente para la paz” en Centroamérica. Se había sugerido que tales iniciativas subregionales quizá fuesen hostiles al panamericanismo, pero la Secretaría opinaba que, por el contrario, complementaban y mejoraban el regionalismo. El panamericanismo no significaba que los 38 Estados Miembros

participarían en cada actividad. El tema crítico era que los países deberían estar convencidos de la importancia del concepto de compartir y de prestarse apoyo y ayuda mutua.

El documento examinaba tres áreas de trabajo de la Organización en las cuales el espíritu del panamericanismo resaltaba especialmente, a saber: mitigación de desastres, vigilancia y control de enfermedades transmisibles, e inmunización y compra de vacunas. El Director describió algunas de las actividades en marcha en los dos primeros ámbitos de trabajo y luego invitó al Dr. Ciro de Quadros (Director, División de Vacunas e Inmunización, OPS) a que hiciera una exposición sobre el Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas de la OPS.

En materia de socorro en caso de desastres, los países habían aunado esfuerzos no solo para responder a estos, sino para prevenir, prepararse y reducir la vulnerabilidad a ellos. La OPS había implantado un sistema muy eficaz para coordinar y canalizar la abundancia de recursos y suministros que los países de las Américas compartían generosamente después de un desastre. Una resolución reciente de la Organización de los Estados Americanos había propuesto la creación de un sistema interamericano formal de respuesta en caso de desastre, que fortalecería aún más la cooperación entre los países en esta esfera. La OPS tendría una función clave al coordinar los aspectos sanitarios del sistema.

En cuanto a la vigilancia y control de las enfermedades transmisibles, la necesidad de acción conjunta era obvia, ya que las enfermedades infecciosas no respetaban las fronteras nacionales. Dado que el éxito en controlar las enfermedades transmisibles dependía de la disponibilidad de información exacta sobre los países, la Oficina había realizado numerosas actividades para fortalecer los sistemas de vigilancia y las redes de laboratorio en las diversas subregiones. La experiencia en los dos primeros años de funcionamiento de las redes había confirmado la validez de ese enfoque. La finalidad última era crear una “red de redes” para lograr la cobertura de toda la Región. Un ejemplo sorprendente de la eficacia del panamericanismo en este ámbito era la iniciativa conjunta de los países del Cono Sur para controlar la enfermedad de Chagas. En varios de los países ya se había eliminado la transmisión vectorial de la enfermedad, y la transmisión se había reducido a niveles sumamente bajos en los otros países de esa subregión.

En cuanto a la compra de vacunas, el Dr. De Quadros señaló que el Fondo Rotatorio contribuía al panamericanismo al brindar un mecanismo mediante el cual los países podrían recibir suministros regulares de vacunas de alta calidad a precios asequibles, y por ende, se fortalecían los programas nacionales de vacunación y se ayudaba a controlar las enfermedades inmunoprevenibles en toda la Región. En muchos países, el Fondo también había facilitado la introducción de las vacunas nuevas en los

programas ordinarios de vacunación. El Fondo se había establecido en 1977, de conformidad con una resolución del Consejo Directivo. Su ciclo de funcionamiento era anual. Los países establecían sus necesidades anuales en materia de vacunas y las presentaban a la OPS, la cual las unificaba y luego se invitaba a los proveedores a presentar licitaciones para recibir un contrato. Una vez que se determinaban los proveedores y los precios, la OPS hacía pedidos trimestrales para los países. En consecuencia, la OPS no vendía las vacunas a los países sino que los contratos anuales de compra de vacunas se establecían en su nombre. Por consiguiente, la sostenibilidad del Fondo no dependía de las ganancias. Además de los evidentes beneficios económicos del Fondo, este había aportado una forma de prestar cooperación técnica con relación a las cadenas de frío, al cálculo de las necesidades de vacunas, a las estrategias de vacunación y otros aspectos de los programas de vacunación.

El Director concluyó la presentación sobre este punto al señalar que la forma más importante de que la OPS pudiera fortalecer el panamericanismo era mediante el suministro y el análisis de información y la identificación de los temas que mejor se prestarían para la acción conjunta. La colaboración exitosa en un ámbito estimularía la colaboración en otros. Se invitó al Subcomité a que formulara observaciones sobre las perspectivas futuras para el panamericanismo y sobre cómo podría promoverse el enfoque panamericano en la Región.

El Subcomité expresó su apoyo decidido al panamericanismo, que se consideraba como una expresión de los conceptos de solidaridad y equidad. Se señaló que el panamericanismo había sentado las bases para muchos de los grandes logros de la salud pública en el continente americano durante el siglo XX y seguiría respaldando los esfuerzos de los países para abordar los actuales problemas compartidos, como la pandemia de infección por el VIH/SIDA. El recién creado fondo rotatorio para suministros estratégicos de salud pública, similar al fondo para la compra de vacunas, permitiría que un número mayor de países pudiera pagar los costosos medicamentos necesarios para el tratamiento de la infección por el VIH y el SIDA. El espíritu del panamericanismo también podía observarse en varias de las iniciativas tratadas por el Subcomité, entre ellas la salud infantil y la armonización de la reglamentación farmacéutica, así como en el punto sobre los dispositivos médicos. La reforma del sector de la salud se identificaba como una de las áreas en las cuales la cooperación panamericana podría resultar sumamente beneficiosa, ya que al compartir la información y las experiencias, los países podrían ayudarse entre ellos a evitar los escollos y las consecuencias negativas de los procesos de reforma. Se señaló que una de las maneras en las cuales la OPS mejor podría extender el panamericanismo era mediante el mantenimiento de bases de datos y directorios de profesionales y especialistas para

facilitar el intercambio de información y experiencia entre los países. La OPS también podría contribuir al panamericanismo mediante la traducción y difusión de materiales sobre salud y publicaciones elaboradas por los países.

También se apoyaron las iniciativas subregionales como una manera de fortalecer el panamericanismo. La colaboración entre los países vecinos en problemas fronterizos comunes se consideró particularmente valiosa y se instó a la OPS a apoyar esas actividades conjuntas. Se recalcó que, para lograr un verdadero panamericanismo, era importante cultivar los vínculos y promover la cooperación no solo entre los gobiernos sino entre los pueblos de los países. Al mismo tiempo, se señaló que no podía haber acción conjunta en todas las cuestiones y que el enfoque panamericano debía aplicarse para finalidades concretas que producirían beneficios claros para los países incluidos. También se destacó la necesidad de encontrar un equilibrio entre el panamericanismo y el programa mundial de acción sanitaria. Un delegado señaló que la Región tenía mucho que aportar a la salud mundial y que los éxitos logrados mediante un enfoque panamericano podrían servir de modelo para el mundo.

El Subcomité indicó varias otras maneras en que la OPS podría promover el panamericanismo, incluidos intercambios de visitas y personal entre ministerios de salud, promoción de pasantías y programas similares para los jóvenes en organismos internacionales o en los países, mayor diversidad e intensidad de proyectos de CTP, y mayor uso de los recursos comunes como los centros colaboradores de la OMS. Además, se instó a la OPS a que continuara con sus actividades para lograr que la salud ocupe un lugar prominente en los programas de las cumbres políticas regionales, especialmente en la próxima Cumbre de las Américas en 2001. También se exhortó a la Organización a que asumiera un papel de liderazgo al abordar los temas de salud que estaban surgiendo en el contexto de la globalización y del comercio internacional en constante aumento.

A solicitud del Director, el Dr. Daniel López Acuña (Director, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, OPS) describió cómo el panamericanismo estaba guiando las actividades de la OPS para apoyar a los países en la reforma del sector de la salud por conducto del Centro de Información y Análisis sobre la Reforma del Sector de la Salud, que era una iniciativa regional conjunta entre la Organización y el Gobierno de los Estados Unidos. El centro electrónico de distribución de información (<http://www.americas.health-sector-reform.org>) suministra información sobre las actividades de reforma sanitaria en marcha en numerosos países, así como una base de datos con información sobre más de 300 personas que trabajan en esa especialidad en toda la Región. También se había elaborado, como parte de la iniciativa, una metodología común para vigilar y evaluar la reforma sectorial.

También a solicitud del Director, la Dra. Mirta Roses (Subdirectora, OPS) explicó en mayor detalle los esfuerzos recientes de la Organización para promover la cooperación técnica entre países. En 1998, se había creado un fondo especial para promover la CTP y durante 1999 se había realizado una actividad especial para apoyar la cooperación entre países. La cantidad dedicada a la ejecución de los proyectos de CTP aumentó a \$1,7 millones, y todos los Estados Miembros participaron en el fondo. Para el bienio 2000-2001, la cantidad asignada al fondo era de \$3,6 millones. Existían otras dos modalidades para promover la CTP, a saber: un fondo administrado por la Oficina del Subdirector para el apoyo de las iniciativas de integración en Centroamérica, la Zona Andina y el Cono Sur, y otro fondo para las actividades de integración en el Caribe, administrado por la Coordinación de Programas en el Caribe. Los proyectos entre países vecinos constituían una tercera parte de los proyectos de CTP que estaba apoyando la Organización. Otra tercera parte eran los proyectos que incluían los países dentro del mismo grupo subregional de integración. Sin embargo, la OPS estaba recibiendo un número cada vez mayor de propuestas de cooperación horizontal entre los países en diferentes subregiones, por ejemplo, proyectos para el desarrollo de metodologías estadísticas comunes o proyectos sobre la reglamentación de las profesiones de la salud entre países del Caribe y Centroamérica. El futuro para el panamericanismo por medio de la CTP, por lo tanto, parecía muy prometedor.

En respuesta a una pregunta de uno de los delegados en cuanto a los principales obstáculos al aumento de la CTP, la Dra. Roses dijo que la falta de conocimientos acerca de esta modalidad de la cooperación era un obstáculo considerable. La Organización estaba esforzándose por eliminar ese obstáculo mediante la difusión de información. Otro impedimento era el hecho de que las propuestas de CTP en el sector de la salud no siempre estaban coordinadas con políticas más amplias y prioridades externas a los países para la cooperación horizontal. La OPS estaba buscando estimular el debate en el seno de los países entre los ministerios de salud y de relaciones exteriores, con miras a promover la armonización de los intereses y objetivos.

El Director subrayó la necesidad de promover activamente la idea de la CTP y el panamericanismo y de proporcionar información que permitiera a los países identificar oportunidades para cooperar entre sí. Sin embargo, también cabía reconocer que, por diversas razones políticas, sociales y prácticas, el enfoque panamericano no era apropiado para todas las esferas. La colaboración entre los países debía emprenderse solo en los ámbitos donde hubiese interés mutuo.

Con respecto al fondo para los suministros estratégicos de salud pública mencionados por varios delegados, tal como lo había informado a los Cuerpos Directivos en 1999, una prueba piloto estaba en marcha en el Brasil. El establecimiento de dicho fondo era una empresa sumamente compleja. Si esa experiencia en el Brasil resultaba

exitosa, el fondo con el tiempo se ampliaría para abarcar otros países. Varios delegados también habían mencionado que la OPS quizá ayudara a traducir los materiales producidos a nivel de país, y que la Organización estaba plenamente preparada para hacerlo, ya que disponía de un sistema de traducción automática que, si bien no constituye una respuesta a todas las necesidades de traducción, podría facilitar el proceso.

En cuanto a la función de la OPS en los procesos de las cumbres, la Organización seguiría esforzándose por que se llevaran a las cumbres propuestas concretas relacionadas con la salud, y llevaría a cabo cualquier función de seguimiento que se le asignara. Finalmente, recalcó que el panamericanismo de ninguna manera era hostil a un enfoque mundial o a la participación de la Región en las actividades mundiales. Tal como se había señalado correctamente, las Américas tenían mucho que aportar al bien mundial.

### ***Salud infantil (documento SPP34/8)***

La Sra. Carol Collado (Coordinadora, Programa de Salud de la Familia y Población, OPS) presentó una descripción general de la situación sanitaria de los niños de la Región y esbozó algunas de las estrategias y líneas de acción propuestas por la OPS para lograr la salud y el desarrollo integral del niño. En América Latina y el Caribe, la situación sanitaria infantil se caracterizaba por la ampliación de la brecha en la equidad, ya que cada vez era mayor el número de niños vulnerables en riesgo de crecer en un medio desfavorable a la salud; la urbanización y los modelos de migración que habían dejado a muchos niños y familias sin sistemas tradicionales de apoyo social; los cambios de la función del Estado en cuanto a la prestación de servicios de salud, con una ampliación de los actores involucrados; los servicios de salud reactivos a la demanda (por lo general, prestan servicios curativos), con capacidad limitada de respuesta adecuada, de envió a otros establecimientos, o la incorporación de actividades de promoción de la salud; y la aparición de nuevos retos, como el SIDA y ciertos problemas ambientales asociados con la vida moderna, aunado a problemas anteriores que seguían sin resolverse, como las carencias nutricionales, las enfermedades transmisibles y los riesgos asociados con la pobreza y el subdesarrollo.

Si bien seguía habiendo grandes problemas, se habían hecho progresos significativos hacia el mejoramiento de la salud infantil desde la Cumbre Mundial en favor de la Infancia, realizada en 1990, especialmente con respecto al control de las enfermedades infecciosas, cobertura de vacunación, mejoramiento del estado nutricional, aumento de la cobertura de atención prenatal y fortalecimiento de los servicios de salud. De la experiencia del último decenio se habían aprendido varias enseñanzas valiosas, en particular que había momentos críticos para promover los comportamientos favorables a la salud, que la intervención temprana producía resultados a lo largo de todo el ciclo de

vida y que la inversión en la salud de los niños pequeños, por consiguiente, estaba plenamente justificada, que los enfoques debían adaptarse a las realidades locales y que la firmeza y la continuidad eran claves para el éxito.

Sobre la base de esas enseñanzas, la OPS había propuesto seguir adelante con un modelo para el desarrollo integral del niño, siendo la salud el elemento fundamental. Dicho modelo incorporaría acciones para promover el desarrollo biopsicosocial en buena salud por intermedio de múltiples puntos de acceso y a diversos niveles, a saber: individual, familiar, comunitario, de la población y los sistemas y servicios de salud. Las estrategias y líneas de acción para llevar a la práctica el concepto de la salud y el desarrollo integral del niño se detallaban en el documento. El cálculo preliminar del presupuesto necesario para suministrar el personal y las actividades necesarias para el desarrollo y la ejecución de la primera etapa del plan regional era de \$1.000.000.

El Dr. José Antonio Solís (Director, División de Promoción y Protección de la Salud, OPS) explicó que la propuesta sobre salud infantil, como la propuesta sobre salud materna presentada en la sesión anterior del Subcomité, coincidía con el final de un decenio de trabajo encaminado a alcanzar las metas de salud maternoinfantil estipuladas en la Cumbre Mundial en favor de la Infancia. Los temas relacionados con la salud maternoinfantil se examinarían más a fondo en la Quinta Reunión Ministerial sobre los Niños y la Política Social, que tendría lugar en Jamaica en octubre de 2000, y en la décima Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y Presidentes de Gobierno, que se celebraría en Panamá en noviembre de 2000, cuyo tema será “la niñez y la adolescencia”. Los temas en relación con la salud de los adolescentes también se tratarían en una próxima reunión de las Primeras Damas de la Región en el Perú. Todos estos eventos culminarían, en 2001, en una sesión especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas para el seguimiento a la Cumbre Mundial en favor de la Infancia, a la cual se presentaría una propuesta de las metas revisadas para el próximo decenio. Se trataba, por consiguiente, de un momento oportuno para que los países y la Organización evaluaran el progreso logrado en el último decenio y elaborar una visión y un programa para guiar el trabajo hasta el año 2010.

El Subcomité apoyó la propuesta para formular un plan regional de acción sobre salud infantil y apoyó el modelo para la salud y el desarrollo integral del niño presentado en el documento. Se aplaudieron el enfoque holístico y el énfasis en la prevención, el cambio de conducta y la atención a los niños preescolares, en particular. Se señaló que para poner en práctica el plan se requeriría colaboración interprogramática dentro de la Organización y la acción intersectorial en los países. El esfuerzo conjunto con el sector de la educación se consideraba particularmente importante. Un delegado observó que en su país había muchas instituciones del gobierno y ONG que trataban con algunos aspectos de la salud y desarrollo del niño, pero sus actividades no necesariamente estaban



coordinadas. Sugirió que la OPS quizá desempeñara una función importante al facilitar la comunicación y coordinación entre las entidades participantes en las actividades de salud infantil a nivel nacional. El Subcomité consideró la promoción de la salud infantil en los diversos foros internacionales mencionados por el Dr. Solís como otra función clave para la Organización.

Se hicieron varias sugerencias para mejorar tanto el documento como las estrategias y las líneas de acción propuestas. Por ejemplo, se sugirió que el documento debía destacar mejor los derechos humanos de los niños, ya que era imposible que los niños lograran el crecimiento y desarrollo óptimos si no se respetaban sus derechos básicos. El tema del trabajo de los niños también merecía mayor atención. Se instó a la Organización a colaborar con otros organismos interamericanos en estos temas, en particular con el Instituto Interamericano del Niño, que también se mostraba preocupado por los derechos de los niños. Se sugirió que el documento también debía prestar más atención a dos grupos de población, a saber: las mujeres embarazadas, en vista de las consecuencias a largo plazo de la salud materna para la salud infantil, y los niños de 5 a 12 años de edad, que era el período durante el cual los niños tomaban decisiones y adoptaban hábitos que configurarían el resto de su vida. Se señaló que el sector sanitario necesitaba escoger como público destinatario a los niños de ese intervalo de edad, para llevar sus mensajes de prevención y promoción de la salud, igual que los anunciantes se dirigían a ellos con mensajes comerciales. La función de los medios debía tenerse en cuenta en el desarrollo de cualquier estrategia para la salud y desarrollo del niño.

Varios delegados señalaron que el documento no mencionaba la iniciativa de “Niños Sanos” lanzada por la OPS en diciembre de 1999 luego de la decisión del Consejo Directivo para ir en pos del objetivo de reducir la mortalidad en la niñez a menos de 5 por 100 000 en el año 2002 (resolución CD41.R5). Los mismos delegados también opinaron que la estrategia relacionada con la atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) debía figurar de manera más prominente en el documento y en el plan de acción propuesto, especialmente considerando que las enfermedades transmisibles proyectadas por la estrategia seguían siendo causas importantes de mortalidad de lactantes y de niños pequeños en muchos países. Diversos delegados recalcaron la necesidad de abordar los cada vez más graves problemas de salud pública de la violencia entre los niños, el maltrato de menores y los niños callejeros. Varios delegados también solicitaron una aclaración en cuanto al proyecto de presupuesto, la procedencia del financiamiento, el potencial para el financiamiento extrapresupuestario y la distinción entre el presupuesto para la salud infantil y el que se asignaba a la AIEPI. Además, el Delegado de México ofreció suministrar información para complementar y actualizar la información sobre la situación nutricional de los niños de su país que figuraba en el documento.

Dada la naturaleza intersectorial e interprogramática del tema de la salud infantil, un delegado solicitó que los doctores Juan Antonio Casas (Director, División de Salud y Desarrollo Humano, OPS) y Mauricio Pardón (Director, División de Salud y Ambiente) compartieran con el Subcomité en qué forma figuraba la salud infantil en el trabajo de sus divisiones. El Dr. Casas observó que en el documento se había hecho un buen trabajo al incorporar una perspectiva de desarrollo humano. Cada vez se reconocía más que concentrar los recursos en el desarrollo del niño en la primera infancia podría tener una repercusión significativa sobre el desarrollo humano general, la mitigación de la pobreza y la reducción de la inequidad, que eran las inquietudes primarias de su división. En consecuencia, había mucha superposición entre el área de la salud infantil y las actividades de la División de Salud y Desarrollo Humano.

El Dr. Pardón dijo que la División de Salud y Ambiente actualmente estaba formulando un proyecto sobre las repercusiones de la contaminación sobre la salud infantil. La contaminación tenía graves consecuencias para la salud de los niños debido a que su cuerpo es más pequeño que el de los adultos. El proyecto abordaría problemas concretos, como los efectos de la gasolina con plomo sobre los niños y la exposición de los niños trabajadores a diversos contaminantes, así como temas más amplios relacionados con el saneamiento básico, sin los cuales era imposible alcanzar las metas de salud infantil. Las líneas de acción del proyecto estaban plenamente de acuerdo con la estrategia propuesta en el documento SPP34/9.

La Sra. Collado pidió disculpas por la omisión de la iniciativa de Niños Sanos para el año 2002. Se habían mencionado en una versión anterior del documento; sin embargo, puesto que se habían hecho varias modificaciones al documento y otros programas habían incorporado sus puntos de vista, probablemente esto había generado la omisión. La Oficina corregiría esa omisión y, además, incorporaría las sugerencias del Subcomité para el mejoramiento en la próxima versión del documento.

Para responder a las preguntas sobre el presupuesto, dijo que el proyecto de presupuesto estaba concebido para “echar a andar” el proceso de trabajar con los países para acercarse a un paradigma que hacía hincapié no solo en la prevención y el tratamiento sino también en la promoción de la salud y el desarrollo general del niño. Debido a la estructura por divisiones del presupuesto de la Organización, el apoyo a las actividades de salud infantil actualmente provenía de diversas áreas, entre ellas los fondos asignados a la AIEPI, la inmunización, la salud ambiental y otros programas. El presupuesto propuesto en el documento para la primera etapa del plan de salud infantil se sumaría al financiamiento existente y se usaría concretamente para apoyar a los países en la elaboración y puesta en práctica del plan regional. Con respecto a los socios posibles,

la Organización ya se había acercado a varios donantes potenciales, y parecía que la idea era definitivamente factible. La OPS también estaba estudiando con el Director del Instituto Interamericano del Niño cómo podrían colaborar los dos organismos.

Se había decidido que el plan debía dirigirse a los niños de 0 a 10 años de edad porque los Cuerpos Directivos habían aprobado recientemente diversas iniciativas de salud del niño y del adolescente que se centraban en ese intervalo de edades. Se estaba prestando atención especial a los niños de edad preescolar porque los niños entre las edades de 1 a 5 años menudo tenían poco contacto formal con los servicios de salud. Sin duda, no había habido ningún intento consciente de restarle importancia a la salud de los escolares, pero se había reconocido tácitamente que los niños de ese grupo de edad tendrían a tener por lo menos algún tipo de contacto con los servicios de salud gracias a las escuelas. Sin embargo, los delegados habían planteado algunas inquietudes válidas en lo referente a la salud y el desarrollo de los niños mayores, y la Oficina trataría de que se reflejaran en el plan.

El Director dijo que la inquietud primordial de la Organización con relación a los derechos de los niños era lograr que cada niño tuviera el derecho a las “medidas sociales y sanitarias” que le permitiera gozar de la salud, según se asentaba en la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre. Esto significaba colmar la brecha en cuanto a la equidad que se traducía en una mortalidad infantil 10 veces mayor en los países más pobres, por comparación con los países más ricos. La Organización había analizado recientemente los datos que indicaban que la brecha había cambiado muy poco durante los cuarenta años anteriores. La OPS consideraba que era tan importante tomar medidas para reducir la brecha en cuanto a la equidad y lograr que todos los niños tuvieran acceso a los beneficios sociales como poder reducir las tasas de mortalidad absolutas. El plan se dirigía precisamente a abordar las desigualdades en el acceso a esos beneficios. El fundamento de todo programa de este tipo era la disponibilidad de buenos datos para identificar las inequidades y las desigualdades y, por ende, la Organización estaba participando en una actividad destinada a mejorar el registro de las estadísticas vitales en los países de la Región.

El punto planteado por un delegado acerca de la función de los medios de información era excelente. Cada vez había mayor convencimiento de que el sector de la salud debía adoptar un enfoque más dinámico a la comunicación de masas y la mercadotecnia. Por ese motivo, la Organización gradualmente había venido incorporando más personal para trabajar en esa especialidad.

***Perspectivas para la colaboración de la Organización Panamericana de la Salud con organizaciones no gubernamentales (documento SPP34/4)***

La Dra. Irene Klinger (Jefa, Oficina de Relaciones Externas, OPS) resumió la experiencia de la OPS y otras organizaciones internacionales al colaborar con las ONG hasta la fecha y examinó las perspectivas para la colaboración futura. Dijo que era indudable que las ONG eran una fuerza que debía tenerse en cuenta, como había quedado demostrado por las protestas organizadas durante la reciente conferencia de la Organización Mundial del Comercio, en Seattle. Las ONG habían organizado una campaña similar (“Cincuenta años es suficiente”) durante las reuniones del Banco Mundial de 1994,<sup>2</sup> como resultado de la cual el Banco Mundial ahora procuraba ocupar activamente a las ONG en muchas de sus actividades. Consideradas en conjunto, las ONG actualmente prestaban más ayuda que todo el sistema de las Naciones Unidas y constituían la segunda fuente de asistencia para el desarrollo. Quince por ciento de toda la AOD y 22% de la AOD para la salud se canalizaba por conducto de las ONG. Hasta 1998, el Consejo Económico y Social (ECOSOC) de las Naciones Unidas había concedido el estado de consultores a unas 1.500 ONG. El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) fue el primer programa en incluir a representantes de la ONG como participantes de derecho pleno en su Junta Directiva.

Hasta 1990, la OPS había trabajado principalmente con ONG dedicadas a la asistencia técnica, el adiestramiento y las actividades de investigación. Desde 1991, la Organización había forjado alianzas con una gama más amplia de ONG, en particular en las esferas relacionadas con la reforma del sector de la salud y la planificación y prestación de servicios y programas de salud, como los de control del cólera y erradicación de la poliomielitis. La participación de las ONG, incluido el apoyo técnico y la reforma del sector de la salud, se había logrado principalmente mediante las relaciones trilaterales entre los gobiernos, las ONG y la OPS. Las discusiones técnicas sobre el tema, celebradas en la OPS en 1996, habían generado un conjunto de conclusiones y recomendaciones generales para el fortalecimiento del proceso de colaboración entre ONG y gobiernos para la salud y el desarrollo. Esas recomendaciones habían exigido que la organización desempeñara una función más activa al forjar las alianzas entre gobiernos, ONG y OPS, ampliar el alcance hacia las ONG, formación de capacidad de ONG, mejores prácticas en la colaboración ONG-gobierno, documentación de las experiencias y aumento de participación de las ONG en el ciclo bienal de

---

<sup>2</sup> Mientras se preparaba este informe, las ONG preparaban una nueva campaña para protestar contra ciertas políticas y prácticas del Banco Mundial y del Fondo Monetario Internacional, durante sus reuniones de abril de 2000.

planificación interna de la Organización. Actualmente, la OPS mantenía relaciones oficiales con 13 ONG, pero colaboraba con algunas otras organizaciones que trabajaban en la esfera de la salud y el desarrollo humano en América Latina y el Caribe.

La OPS consideraba que la colaboración futura con las ONG debía dirigirse hacia el logro de objetivos que podrían alcanzarse mejor mediante la acción conjunta que por separado. Con esa finalidad, y de acuerdo con las recomendaciones de las discusiones técnicas de 1996, la Organización procuraría ampliar la extensión a las ONG que participan en actividades de salud pública. Una vez que se identificaran posibles asociados, quizá estos podrían participar más activamente en el programa de la OPS al establecer un consejo consultivo de ONG que se reunirían en paralelo con las reuniones de los Cuerpos Directivos, o quizás se instaría a los ministerios de salud a incluir a las ONG como parte de sus delegaciones nacionales que asistieran a dichas reuniones.

Considerando la necesidad de incluir más componentes de la sociedad civil en el desarrollo y la toma de decisiones de política multilaterales, se pedía al Subcomité considerar cuál debería ser la naturaleza de las relaciones futuras entre la OPS y las ONG. ¿Debía seguir la OPS prefiriendo los arreglos trilaterales o debería centrarse principalmente en la interacción OPS-ONG? ¿Qué papel debían desempeñar las ONG en las sesiones de los Cuerpos Directivos y deberían las organizaciones multilaterales, como la OPS, dedicar expresamente recursos a cultivar las relaciones con las ONG?

El Subcomité acordó que las ONG estaban efectuando muchas contribuciones valiosas al progreso de la salud en la Región y afirmó que la OPS debería seguir trabajando con ellas, tanto bilateralmente como en relaciones trilaterales con los gobiernos. Varios delegados describieron en qué forma habían participado las ONG en sus países no solo en el programa de salud y en la prestación de servicios sino también en el diálogo y la formulación de políticas a nivel nacional. Se informó que en un Estado Miembro, la República Dominicana, las ONG hasta recibían una porción del presupuesto oficial de salud, que administraban independientemente. No obstante, varios delegados señalaron que las ONG tendían a ser consideradas con sospecha por algunos en los círculos oficiales porque a veces parecían querer usurpar la función de los gobiernos. Es más, si bien algunas ONG administraban sus fondos y actividades con responsabilidad y transparencia, otras eran menos conscientes. Se sugirió que una forma de que la OPS ayudara a los países a optimizar sus relaciones con las ONG sería la elaboración de un método para seleccionar, acreditar y evaluar el desempeño de las ONG. La Organización quizá también organice foros para facilitar el diálogo entre los representantes de los gobiernos y las ONG con miras a promover mayor confianza y comprensión mutuas. Otra función apropiada para la OPS quizá sería servir de intermediaria para reunir a las ONG en torno a objetivos comunes. También se sugirió que la OPS quizá necesitase revisar los

critérios mediante los cuales seleccionaba a las organizaciones con las cuales colaboraba, ya que el número de organizaciones que mantenían relaciones oficiales con la OPS era muy pequeño.

Con respecto a la función que las ONG debían desempeñar en los Cuerpos Directivos de la OPS, se expresó cierto apoyo para la idea de crear otro cuerpo asesor separado formado por ONG, similar a los que existían dentro de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. Sin embargo, algunos delegados opinaron que sería preferible invitar a ONG especiales a que participasen cuando los Cuerpos Directivos fuesen a abordar los temas en los cuales estas tenían experiencia y conocimientos particulares. Se recalcó que, independientemente del mecanismo mediante el cual participaran, las ONG debían tener calidad de consultoras, y que el hecho de que tuviesen recursos que ofrecer no debía permitir que influyera en las decisiones o las prioridades de la Organización. En cuanto a la conveniencia de asignar recursos concretamente para actividades con las ONG, algunos delegados opinaron que la idea merecía ser sometida a consideración, dadas las ventajas comparativas de las ONG y la capacidad para ejercer un efecto multiplicador en los recursos en algunas esferas. Sin embargo, se señaló que, antes de prestar cualquier apoyo, sería esencial seleccionar cuidadosamente a las ONG para asegurarse de que sus intereses armonizaran con los de la Organización y que la colaboración verdaderamente beneficiaría a las población de los Estados Miembros. También se subrayó la necesidad de examinar periódicamente el desempeño de las ONG.

La Dra. Klinger señaló que había habido varios temas recurrentes en el debate del Subcomité, en particular las ideas de transparencia y responsabilización y sobre la necesidad de ser selectivo en el trabajo con las ONG. Claramente, una función importante para la OPS sería facilitar las relaciones entre los gobiernos y las ONG. Mientras los gobiernos tendían a querer establecer normas e imponer ciertos controles en las actividades de las ONG, estas últimas veían su mayor flexibilidad y falta de formalidad como una de sus ventajas principales y tendían a oponerse a cualquier intento para limitar sus actividades. La OPS podría ayudar a encontrar un término medio entre demasiado control y demasiado poco, para lograr la transparencia en la gestión de los recursos y mejorar la contribución de las ONG a los procesos de desarrollo sanitario. Con respecto al número relativamente pequeño de ONG que mantenían relaciones oficiales con la OPS, la Organización había establecido tradicionalmente relaciones oficiales solo con las ONG regionales que satisfacían ciertos criterios legales y técnicos y que habían establecido un plan de acción conjunto con los programas técnicos de la OPS. Indudablemente, ese número aumentaría si la Organización se propusiera ampliar la extensión y buscara colaborar con más ONG.

La publicación *Achieving Effective Collaboration between Government's and NGOs for Health and Health Sector Reform: PAHO's Experiences and Future Strategies* proporcionaba información más detallada sobre los enfoques de la OPS para trabajar con las ONG a nivel de país, y sus criterios para seleccionar a las ONG con las cuales colaboraría. Dichos criterios incluían: la sostenibilidad institucional y la transparencia, la excelencia técnica, la presencia territorial, las experiencias temáticas adecuadas y la voluntad de trabajar con ministerios del gobierno. La publicación, que se distribuyó al Subcomité, también daba ejemplos de mejores prácticas en la colaboración entre OPS, ONG y gobiernos en el área de la reforma sectorial.

El Director dijo que la Organización estaba muy consciente de que tenía que ser selectiva y colaborar solamente con las ONG que estaban tratando legítimamente de ayudar, no minar, las actividades de los Gobiernos Miembros. Con respecto a las organizaciones que mantenían relaciones oficiales con la OPS, eran ONG interamericanas; sin embargo, en realidad, la mayoría de las actividades de la Organización con las ONG involucraban a grupos que funcionaban a nivel nacional. Los reglamentos actuales exigían que el Comité Ejecutivo examinara las relaciones de la Organización con las ONG cada seis años, pero dichas revisiones podrían realizarse con mayor frecuencia, quizás cada tres años como era la práctica en la OMS.

El problema de cómo incluir a las ONG en la labor de los cuerpos directivos de las organizaciones internacionales era difícil. Ninguno de los organismos multilaterales había encontrado aún la solución perfecta. El asunto era problemático tanto para las organizaciones como para las propias ONG. Desde el punto de vista de las organizaciones multilaterales, el problema era cómo decidir cuáles ONG participarían y cómo lograr la legitimidad de la que resultara elegida. Tal como había quedado demostrado con la experiencia del ONUSIDA, independientemente de cuáles de las ONG se eligieran, inevitablemente habría descontento entre otras ONG, las cuales sentirían que sus puntos de vista no estaban representados. La OPS seguiría estando atenta a lo que hacían otras organizaciones para ver cómo trataban de resolver el problema, con miras a identificar una solución acorde con los mejores intereses de los Estados Miembros y la Organización en conjunto.

Los representantes del ECRI (Emergency Care Research Institute) y la Farmacopea de los Estados Unidos, dos de las ONG invitadas a participar en la sesión del Subcomité, afirmaron que su relación con la OPS había sido muy productiva. La Organización había facilitado su acceso a funcionarios del gobierno y su interacción con ellos en los países. Ambos representantes opinaron que sus organizaciones no habrían logrado el mismo grado de progreso sin la participación y el apoyo de la OPS. También

estuvieron de acuerdo en que las ONG debían ser transparentes y responsables en sus transacciones financieras para mantener su legitimidad y ganarse la confianza de los gobiernos.

***Dispositivos médicos (documento SPP34/7)***

La Dra. Beth Pieteron (Oficina de Dispositivos Médicos, Salud Canadá) resumió el documento preparado por el Gobierno del Canadá sobre el tema de la reglamentación de los dispositivos médicos y la armonización de los requisitos reglamentarios. Empezó por describir dónde se inserta la reglamentación sobre dispositivos médicos en el marco más amplio de la gestión de la tecnología sanitaria. A continuación pasó a describir brevemente las iniciativas emprendidas por la OPS hasta la fecha en el ámbito de los dispositivos médicos y esbozó las recomendaciones propuestas en el documento.

La finalidad de la reglamentación de los dispositivos médicos era lograr que los dispositivos médicos vendidos en un país fueran seguros, eficaces y de alta calidad. La reglamentación ayudaba a alcanzar este objetivo al fijar normas para la fabricación y el funcionamiento de los productos y mediante el establecimiento de la autoridad legal del gobierno para impedir la venta de productos que no cumplan con las normas y tomar medidas contra los fabricantes que vendan productos de calidad inferior al promedio. La reglamentación de los dispositivos médicos era parte integrante del proceso general de planificación, adquisiciones y gestión del equipo médico.

Los países venían solicitando cada vez con mayor insistencia la cooperación técnica de la OPS en la esfera de reglamentación de los dispositivos médicos. En 1995, Canadá había presentado a la OPS un resumen del enfoque de ese país a la reglamentación, y en 1996, la OPS había empezado a fomentar la armonización de los reglamentos en diversos Estados Miembros por medio del suministro de información técnica, el asesoramiento y la experiencia y los conocimientos técnicos. La Organización también había patrocinado la exposición del modelo canadiense en varios seminarios nacionales e internacionales. En el otoño de 1999, la OPS celebró una reunión consultiva sobre dispositivos médicos, que recomendó, entre otras cosas, que los ministerios de salud asignen prioridad a la reglamentación de los dispositivos médicos como parte de su función rectora en la reforma del sector de la salud y que la OMS y la OPS debían intensificar su cooperación técnica en esta esfera, además de promover la cooperación técnica entre los países, en especial la formulación de proyectos especiales. La consulta también había recomendado que los países de América Latina y el Caribe debían estar representados en las reuniones del Grupo Especial de Armonización Mundial (GHMF), un consorcio internacional voluntario que promovía la armonización de las normas para dispositivos médicos en los países desarrollados y en desarrollo de todo el mundo. El documento esbozaba un plan de acción propuesto basado en dichas recomendaciones, que



estaría coordinado por la OPS con el apoyo de la OMS. También incluía normas formuladas conjuntamente por la OPS y el Gobierno del Canadá para el establecimiento de programas normativos en los países en desarrollo.

Las recomendaciones de la reunión de consulta de 1999 también sirvieron de base para las recomendaciones al Subcomité planteadas en el documento. Las tres recomendaciones principales podrían resumirse del siguiente modo:

- La OPS debe instar a la armonización de la reglamentación de los dispositivos médicos entre los Estados Miembros.
- Para esa finalidad, la OPS debería aprovechar al máximo los recursos disponibles actualmente, las normas internacionales vigentes y la documentación producida por el GHTF.
- Dentro de la OPS debería establecerse una estructura más formal destinada a promover la formulación de normas para los dispositivos médicos en los Estados Miembros. Entre otras cosas, la OPS debería crear un comité directivo sobre dispositivos médicos, compuesto de representantes de las autoridades normativas de los Estados Miembros, representantes de los centros colaboradores de la OMS, de asociaciones industriales y otros actores importantes identificados por este comité. La función del comité sería permitir el progreso entre los talleres al coordinar, promover, facilitar y vigilar los procesos de armonización en las Américas. Además, la Organización debería patrocinar talleres cada dos años para promover la formulación de reglamentos armonizados.

El Ing. Antonio Hernández (Asesor Regional, Ingeniería y Mantenimiento de Establecimientos de Salud y Equipos, OPS) presentó información adicional sobre la función de la OPS en materia de reglamentación de los dispositivos médicos. Dijo que se trataba de una esfera prioritaria que guardaba relación con las actividades de la Organización en cuanto a la reforma del sector sanitario y el fortalecimiento de la función de rectoría y normativa que compete a los ministerios de salud. La reglamentación era esencial, dado el mayor número de dispositivos de alta tecnología que se encuentran en el mercado, la globalización de los mercados para los dispositivos médicos, el crecimiento del mercado para el equipo usado y remodelado y de las donaciones de equipo médico, una tendencia hacia la reutilización de los dispositivos que se usan una sola vez, mayor empleo de los dispositivos médicos en el hogar, una población mejor informada, poco apoyo en cuanto a los servicios después de la venta, y la necesidad de hacer el seguimiento de daños a los pacientes causados por los dispositivos médicos y retiro del mercado de algunos de ellos.

El objetivo de la cooperación técnica de la Organización en esta esfera era el de colaborar con los países en la formulación y el fortalecimiento de la reglamentación de los dispositivos médicos para garantizar su inocuidad, calidad y eficacia. Con ese fin, se propuso emprender las siguientes actividades, acordes con las recomendaciones que emanaron de la reunión consultiva de 1999:

- Preparación de un perfil regional y de un informe sobre la situación del país en cuanto a la reglamentación de los dispositivos médicos.
- Organización de cinco talleres subregionales sobre los dispositivos médicos.
- Promoción de la participación de los países de América Latina y el Caribe en las reuniones del GHTF.
- Identificación de las esferas para la cooperación técnica de la OPS/OMS en coordinación con los centros colaboradores y las autoridades normativas de los países.
- Promoción del uso de las tecnologías de comunicación con miras al intercambio de información entre los países y los organismos, por ejemplo, el grupo de discusión electrónica “Med-Devices”, coordinado por la OPS.
- Facilitación del acceso a la información técnica, como por ejemplo los dos documentos citados en el documento SPP34/7.
- Suministro de experiencia y conocimientos técnicos a los países para la organización y el fortalecimiento de la reglamentación de dispositivos médicos.

El presupuesto calculado para las actividades ya mencionadas durante el período 2001-2002 sería de \$300.000.

El Sr. Jonathan Gaev (Representante del ECRI) dijo que su organización, en su calidad de ONG especializada en el ámbito de la tecnología de asistencia sanitaria, agradecía la oportunidad de contribuir al trabajo de la Organización para la regulación de los dispositivos médicos. El ECRI era un organismo sin fines de lucro que prestaba servicios sanitarios y además era uno de los centros colaboradores de la OPS/OMS. El ECRI estaba en condiciones de apoyar los esfuerzos de la OPS por medio de sus productos y servicios de información, entre ellos su nomenclatura de los dispositivos médicos, sistema de notificación de problemas, bases de datos sobre los programas de dispositivos médicos, guía internacional de los fabricantes y guía de más de 40.000 normas relacionadas con la tecnología de atención sanitaria.

El Subcomité expresó su apoyo decidido a las actividades de la OPS con respecto a la reglamentación de dispositivos médicos y respaldó las recomendaciones contenidas en el documento, aunque se expresaron algunas dudas en cuanto a la conveniencia de establecer un comité directivo formal, considerando las limitaciones de recursos. Se sugirió que quizá fuese preferible crear un grupo especial para identificar mecanismos dentro de las estructuras existentes a fin de lograr objetivos mutuos en la reglamentación del equipo médico y la armonización de las normas.

Se subrayó la importancia de tener muy en cuenta las necesidades dispares de los Estados Miembros. En este sentido, se señaló que muchos países tenían una necesidad crítica de adiestramiento de recursos humanos en materia de evaluación, reglamentación y uso de los dispositivos y el equipo médicos. Diversos delegados recalcaron que el adiestramiento de personal debe ser un componente integral de la cooperación técnica de la OPS en esta área. Se sugirió que tal adiestramiento podría incorporarse en los talleres periódicos propuestos en el documento. También se dijo que la cooperación de la Organización debería prestarse por etapas, que correspondan al estado del desarrollo de la reglamentación en los países. En las primeras etapas, esa cooperación quizá se dirija a dar orientación a los países en cuanto a la adquisición del equipo, mientras que en las etapas posteriores se haría hincapié en la instalación del equipo y el adiestramiento del personal.

Se solicitó información más concreta sobre el plan de acción propuesto y el financiamiento para su ejecución. Un delegado inquirió si la industria de dispositivos médicos podría ser una posible fuente de financiamiento. Se hicieron varias preguntas en cuanto al funcionamiento del grupo de discusión “Med-Devices” y sobre las actividades de la OMS y sus centros colaboradores con respecto a la reglamentación de los dispositivos médicos. El Delegado de Cuba suministró información para complementar lo incluido en el documento sobre el estado de los sistemas de reglamentación en los países de América Latina y el Caribe.<sup>3</sup>

La Dra. Pieterston estuvo de acuerdo con la necesidad del desarrollo paulatino de los sistemas de reglamentación. Ciertamente, estos sistemas se prestan para ponerlos en práctica por etapas y recomendó tal enfoque. La evaluación de las necesidades y de la experiencia y los conocimientos tecnológicos existentes en un país era un primer paso

---

<sup>3</sup> La delegación de Cuba pidió que el párrafo relativo a Cuba que figura en la sección 7 del documento se modificara y dijera lo siguiente: “En 1991 el Gobierno cubano identifica como un requisito indispensable dentro de sus estrategias de salud pública el establecimiento del Registro Sanitario enmarcado en un Programa Regulatorio de Equipos Médicos. Sobre la base de la Ley 41 de Salud Pública, se pone en vigor en 1992 el reglamento para la evaluación y registro de equipos médicos; así mismo se crea la entidad regulatoria denominada Centro de Control Estatal de Equipos Médicos, supeditado al MINSAP. El programa cubano se sustenta sobre la clasificación por riesgos, la inscripción del fabricante, la evaluación premercado con los requisitos de seguridad, eficacia comprobada por los ensayos preclínicos, técnicos y clínicos según corresponda al riesgo del equipo médico.”

esencial en la elaboración de todo sistema de reglamentación para adaptar el proceso a los requisitos del país.

El Ing. Hernández señaló que los países de América Latina y el Caribe pertenecían a dos grupos diferenciados: un grupo tenía sistemas reguladores bastante desarrollados, mientras en el otro grupo esos sistemas eran incipientes. La Organización estaba trabajando con el primer grupo para fortalecer y mejorar su capacidad reglamentaria. Los primeros países estaban también en posición de intercambiar su experiencia para ayudar a otros países a organizar los programas normativos. Con el segundo grupo de países, que constituían la mayoría, la OPS estaba orientando sus esfuerzos hacia el desarrollo de sistemas reguladores y apoyar a los países en la gestión de la tecnología, lo cual incluía planificación, negociación, adquisición, instalación, uso, mantenimiento y renovación de los dispositivos médicos y el equipo, así como la evaluación de las tecnologías de salud.

Con respecto a los centros colaboradores, además de ECRI, la Organización estaba trabajando con la Oficina de Dispositivos Médicos de Canadá y la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos. También había formado alianzas estratégicas con los organismos normativos de países como Argentina, Brasil y Cuba, que no se reconocían formalmente como centros colaboradores pero habían proporcionado considerable apoyo a las actividades de la OPS. En cuanto al grupo de debate electrónico “Med-Devices”, era uno de varios grupos que la OPS había establecido para facilitar el intercambio de información, experiencias, consultas y documentación en temas específicos. El grupo estaba abierto a las autoridades normativas de todos los Estados Miembros, pero estaba destinado a beneficiar en particular a los países pequeños que no tenían los medios requeridos para implantar un sistema extenso adecuado para administrar todos los aspectos de la reglamentación. Al trabajar en una red, podrían utilizar la capacidad, la experiencia y la información disponible de los países que ya tenían sistemas bien desarrollados.

El Sr. Gaev señaló que, si bien era importante adaptar la información a las necesidades locales, resultaba igualmente importante utilizar el acervo de información que ya existía. A ECRI le complacería colaborar en el proceso de intercambio de información.

Contestando a las preguntas relativas a la procedencia del financiamiento para el plan de acción propuesto, el Director dijo que, sin duda alguna, la OPS buscaría financiamiento extrapresupuestario. Gran parte del apoyo a la ejecución del plan probablemente tomaría la forma de contribuciones en especie. En cuanto al financiamiento interno, sería necesario reexaminar el presupuesto con cuidado, ya que cualquier cantidad que la Organización asignara a esta actividad tendría que tomarse de otra. En cuanto a la posibilidad de acercarse a la industria de dispositivos médicos para

obtener financiamiento, la OPS en general no solicitaba fondos de la industria. En esta ocasión dudaría particularmente en hacerlo, ya que algunas de las recomendaciones que la Organización haría a los países quizá irían en contra de la posición de la industria.

### ***Armonización de las reglamentación farmacéutica (documento SPP34/8)***

La Dra. Justina Molzon (Administración de Alimentos y Medicamentos, Estados Unidos de América) presentó el documento preparado por el Gobierno de los Estados Unidos sobre este tema. Empezó por resumir brevemente los puntos incluidos y la situación actual de la armonización de la reglamentación farmacéutica y luego describió las actividades de la OPS en esta área. Concluyó su presentación con algunas recomendaciones para la acción propuesta.

La armonización internacional de los requisitos técnicos para el desarrollo y registro de las preparaciones farmacéuticas (medicamentos y productos biológicos) reduciría los requisitos innecesarios y duplicados, con lo cual se aceleraría la disponibilidad de los productos farmacéuticos y se reduciría el costo de su desarrollo, a la vez que se lograría que los productos farmacéuticos vendidos en la Región cumplieran con las normas de inocuidad, eficacia y calidad. Por lo tanto, la armonización redundaría en beneficio de los consumidores y la salud pública. Las actividades de armonización estaban en marcha a nivel mundial y en diversas regiones del mundo. A nivel mundial, la OMS había formado diversos comités de expertos para llevar a cabo su mandato constitucional de formular, establecer y promover normas internacionales para las preparaciones farmacéuticas. Además, cada dos años, desde 1980 la Organización había convocado la Conferencia Internacional sobre Autoridades Normativas de Medicamentos (ICDRA) para promover la armonización, el intercambio de información y la formulación de enfoques de colaboración para abordar los problemas de interés para las autoridades que se ocupan de la normalización de los medicamentos a nivel mundial. La Conferencia Internacional sobre la Armonización de los Requisitos Técnicos para el Registro de Sustancias Farmacéuticas para Uso Humano (ICH), un proyecto iniciado en 1990, agrupaba a las autoridades normativas de Europa, Japón y los Estados Unidos con miras a buscar cómo mejorar, mediante la armonización, la eficiencia del proceso de desarrollar y registrar productos medicinales en las tres regiones.

A nivel regional, la Unión Europea había establecido una estructura y un sistema para armonizar las leyes y los reglamentos de sus países miembros. La Agencia Europea para la Evaluación de Medicamentos (EMA) se creó para supervisar, coordinar y facilitar la armonización de los requisitos farmacéuticos. En la Región de las Américas, los esfuerzos de armonización ocurrían principalmente en el marco de los diversos grupos subregionales de integración. El documento esbozaba los avances que se habían logrado en cada subregión. Para apoyar la armonización de la reglamentación farmacéutica en las

Américas, la OPS había convocado dos conferencias entre 1997 y 1999. La primera conferencia había recomendado que se estableciera un foro continental, con la OPS como Secretaría, para facilitar la comunicación sobre reglamentación farmacéutica entre los diferentes bloques subregionales. También había recomendado la creación de un comité directivo en el cual estaría representado cada grupo subregional. La conferencia más reciente, celebrada en noviembre de 1999, había llevado a la práctica dichas recomendaciones, al crear la Red Panamericana para la Armonización de la Reglamentación Farmacéutica, que celebraría una conferencia cada dos años, y formar el comité directivo para permitir el progreso continuo hacia la armonización regional entre una y otra conferencia. La primera reunión de la Red se programó para la primera semana de abril de 2000.

El presupuesto para las actividades de la Red y el Comité Directivo en los dos primeros años se calculaba en \$300.000. Se pediría financiamiento a los gobiernos, a las asociaciones gremiales profesionales, a las ONG y a otras fuentes, así como a la OPS. Dadas las limitaciones de recursos de la Organización, se recomendó que cualquier apoyo financiero de la OPS proviniera de fuentes extrapresupuestarias.

Las siguientes acciones se recomendaron para impulsar el proceso de armonización de la reglamentación farmacéutica en la Región:

- La OPS y los países debían hacer todo lo posible por apoyar la Red para que logre su cometido.
- Los países de la Región deberían apoyar oficialmente al Comité Directivo.
- La OPS debería proporcionar apoyo administrativo.
- La OPS debería trabajar con los países de la Región para fortalecer la capacidad de las autoridades normativas participantes en el proceso de armonización.
- Deberían establecerse las metas regionales para la armonización y los cronogramas para alcanzarlas.

La Sra. Rosario D'Alessio (Asesora Regional, Servicios Farmacéuticos, OPS) presentó información adicional sobre los procesos de armonización en marcha en las Américas y el trabajo de la OPS en esta esfera. En mayor o menor grado, cada grupo subregional estaba tratando el tema de la armonización. En términos generales, los debates de armonización que tenían lugar dentro de cada subregión se dirigían a la adopción definitiva de requisitos, normas y procedimientos comunes para el registro de medicamentos. Dentro del Mercado Común del Sur (Mercosur) —que abarca Argentina,

Brasil, Uruguay y Paraguay— se estaban llevando a cabo actividades más estructuradas, ya que había un subgrupo especial sobre armonización de los reglamentos sobre medicamentos. En el Grupo Andino, formado por Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela, se había venido hablando de temas como el establecimiento de un registro de medicamentos y la política farmacéutica común. Una comisión asesora sobre medicamentos creada en el marco del Convenio Hipólito Unanue —que incluía a los cinco países andinos más Chile— había logrado considerables avances hacia la armonización. También se habían establecido acuerdos bilaterales entre los países.

El Sistema de Integración Centroamericana (SICA), compuesto de Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua, no tenía ninguna estructura interna para el debate de los temas de armonización; sin embargo, varios proyectos relacionados con la reglamentación farmacéutica y el fortalecimiento de las autoridades normativas se habían llevado a cabo bajo la iniciativa de “Salud: un puente para la paz”. Panamá y la República Dominicana también habían participado en algunas actividades de armonización con los países de SICA. América del Norte y el Caribe eran las subregiones en donde se había avanzado menos con respecto a la armonización de la reglamentación farmacéutica. Entre las partes signatarias del Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN) — Canadá, México y los Estados Unidos— había habido un intercambio de la información sobre el registro de medicamentos, pero no se había tomado ninguna medida formal hacia la armonización. La Secretaría de la Comunidad del Caribe (CARICOM) había iniciado actividades relacionadas con la armonización en 1999, con apoyo de la OPS.

La Constitución de la OMS estipulaba el mandato para la OPS en la esfera de la armonización farmacéutica. Las actividades de la OPS estaban orientadas a apoyar la armonización en las áreas prioritarias identificadas por la segunda Conferencia Panamericana sobre Armonización de la Reglamentación Farmacéutica, a saber: las normas de bioequivalencia y biodisponibilidad, clasificación de los productos, medicamentos falsificados, práctica clínica adecuada, buenas prácticas de fabricación, buena práctica de farmacia, armonización de las farmacopeas y realización de un estudio para determinar la factibilidad de crear una entidad regional para el registro de medicamentos.

El Sr. Miguel Angel Maito (Representante de la Asociación Latinoamericana de Industrias Farmacéuticas [ALIFAR]) expresó el apoyo decidido de su organización al proceso de armonización de la reglamentación farmacéutica en la Región. La ALIFAR esperaba colaborar en dicho proceso y participaría en la próxima reunión de la Red Panamericana para la Armonización de la Reglamentación Farmacéutica. La Asociación también estaba agradecida por la oportunidad de participar en la sesión del Subcomité.

El Sr. José Manuel Cousiño (Representante de la Federación Latinoamericana de la Industria Farmacéutica [FIFARMA]) destacó los beneficios de la armonización de la

reglamentación farmacéutica para los habitantes de la Región. La armonización conduciría a un mayor acceso a medicamentos inocuos, eficaces y de alta calidad. Según FIFARMA, las buenas prácticas de fabricación (BPF) y los estudios de bioequivalencia eran los aspectos esenciales del registro de medicamentos y de la garantía de calidad, y, por consiguiente, eran aspectos esenciales de dicha armonización. La posición de la OMS siempre había sido que los fabricantes de los medicamentos debían garantizar la calidad, la inocuidad y la eficacia de sus productos, y tanto la profesión médica como los consumidores en los países exigían medicamentos de alta calidad. No obstante, en América Latina seguía habiendo una extraordinaria disparidad en cuanto al acatamiento de las buenas prácticas de fabricación y en los resultados de los estudios de bioequivalencia, con poca normalización o armonización de los reglamentos. Por ende, las actividades de la Organización en favor de la armonización tenían el apoyo total de FIFARMA. Esta había participado desde el principio en las conferencias sobre la armonización de la reglamentación farmacéutica y seguiría prestando su apoyo financiero y técnico a la Red Panamericana hasta que se alcanzara el objetivo de la armonización.

El Sr. Jerome Halperin (Representante de la Farmacopea de Estados Unidos [USP]) estuvo de acuerdo en que el objetivo de la armonización era lograr el suministro de medicamentos de alta calidad, inocuos y eficaces en todo el continente. Su organización se ocupaba principalmente de la calidad de los medicamentos. Por casi cien años, la USP había promovido la armonización de la calidad en el continente mediante diversas actividades. Con la colaboración del profesor José Guillermo Díaz, de la Universidad de La Habana, Cuba, en 1908 había publicado la primera traducción al español de la Farmacopea de los Estados Unidos. La farmacopea de los Estados Unidos y el Formulario Nacional se siguieron publicando en español y se utilizaron ampliamente en América Latina, al igual que una traducción al español del compendio de información farmacéutica, la Información para Dispensación de la Farmacopea de los Estados Unidos. Esta última también se había traducido al portugués. La USP había mejorado su presencia en la Región al patrocinar, con la OPS, reuniones científicas y foros sobre la calidad de los medicamentos y la información en América Central y del Sur. También había establecido un diálogo con las otras farmacopeas de la Región encaminado a sentar las bases para la armonización. Para ampliar ese proceso, el Dr. Enrique Fefer, el coordinador anterior del Programa de la OPS sobre Medicamentos Esenciales y Tecnología, asumiría el cargo de Director de la Oficina de Asuntos Internacionales de la USP en agosto de 2000.

El Sr. Halperin concluyó su intervención al señalar que el 16 de abril de 2000 se jubilaría de su puesto como Director General de la USP. Su sucesor sería el Dr. Roger



Williams, que tenía una vasta experiencia en materia de armonización de la reglamentación farmacéutica; en especial, había sido Presidente de la Conferencia Internacional sobre Armonización.

El Dr. Williams dijo que la USP estaba comprometida firmemente con el éxito de la Red Panamericana y felicitó a los países de la Región y a la OPS por haber emprendido la iniciativa de armonización, que estaba creando un modelo para el mundo. También encomió a la Organización por la inclusión de otros interesados directos de la industria farmacéutica, cuya participación sería decisiva para el éxito de la iniciativa. La USP seguiría apoyando las actividades de armonización en todas las esferas relacionadas con la calidad de los medicamentos.

El Subcomité expresó su apoyo a la creación de la Red Panamericana y apoyó las recomendaciones contenidas en el documento. Se señaló que, aunque la OPS podría prestar asistencia técnica y administrativa, no podía asumir por sí sola la responsabilidad del mantenimiento de la Red y llevar adelante la iniciativa de armonización. Los países deben comprometerse y participar activamente en el proceso. También se señaló que la armonización quizá sea considerada como negativa por algunos debido a que se asocia con la globalización. La Red tendría que ser sensible y receptiva en cuanto a las necesidades de los países y de las subregiones para lograr que nadie se sienta desfavorecido o excluido del proceso de armonización. Se pidió a la Sra. D'Alessio que explicara los impedimentos que habían obstaculizado el progreso hacia la armonización en algunas subregiones. En cuanto al proyecto de presupuesto para la iniciativa, se sugirió que podría obtenerse financiamiento de la industria farmacéutica sin comprometer la neutralidad de la Organización. Sin embargo, otro delegado advirtió que habría que tener sumo cuidado para que no se impusiera ninguna condición al financiamiento recibido de la industria.

La Sra. D'Alessio agradeció a los representantes de ALIFAR, FIFARMA y la USP sus aportaciones valiosas al debate y a la iniciativa de armonización. En respuesta a la pregunta relativa a los impedimentos, observó que llegar a un acuerdo sobre los temas como biodisponibilidad y bioequivalencia no había sido fácil. Más aún, aun cuando se llegara a acuerdos entre los expertos técnicos, a menudo había poco apoyo político para su ejecución. Los cambios frecuentes de las autoridades políticas creaban un obstáculo más, ya que los convenios alcanzados por unas autoridades quizá no sean reconocidos por sus sucesores. Como resultado, a veces era necesario repetir todo el proceso de negociación. La presentación de los temas a los Cuerpos Directivos ayudaría a sensibilizar a las autoridades políticas acerca de la importancia de la armonización y lograr su apoyo. En cuanto a la posibilidad de recibir financiamiento de la industria farmacéutica, aseguró al Subcomité que todo fondo que se recibiera de la industria o de

las asociaciones de comercio no estaría sujeto a ninguna condición. También señaló que, al final, todos los interesados directos, incluida la industria, se beneficiarían de la armonización.

Hablando a solicitud del Director, el Dr. López Acuña señaló que los esfuerzos para la armonización de las prácticas reglamentarias tanto para los medicamentos como para los dispositivos médicos eran claramente una expresión del panamericanismo, que exigía la participación activa de los países además del apoyo de la OPS. Los recursos que se necesitaban para la iniciativa de armonización de la reglamentación farmacéutica superarían con creces cualquier cantidad que la Organización pudiera asignar o movilizar de fuentes extrapresupuestarias a corto plazo. En consecuencia, sería crucial contar con el apoyo de los países mediante contribuciones en especie, participación en la Red y movilización de recursos. La creación de la Red y del comité directivo era un ejemplo de una modalidad de cooperación técnica que se permitía que múltiples interesados directos de los sectores tanto privado como público colaboraran para crear enfoques realistas destinados a lograr metas comunes de salud pública.

El Director dijo que la OPS procuraba proporcionar un foro en el cual pudieran unirse los interesados directos, intercambiar puntos de vista y llegar a posiciones que fueran aceptables para todos. Sin embargo, la armonización no necesariamente significaba que todo aspecto de la reglamentación farmacéutica tenía que ser igual en todos los países. Le complacía el progreso logrado hasta ahora, pues demostraba que, si había una comunidad de intereses, resultaba relativamente fácil la colaboración entre el sector público, el privado y la sociedad civil. También resultaba satisfactorio el marcado interés demostrado por los países en cuanto a la Red y al proceso general de armonización. Se esperaba que la Red ayudara a estimular el apoyo político necesario para que el proceso siguiera avanzando.

Con respecto al tema de la bioequivalencia, uno de los resultados derivados del trabajo de la Organización en esta esfera era que existían muchos mecanismos diferentes para lograr la bioequivalencia. Algunos países tenían la capacidad de llevar a cabo algunos estudios internamente, mientras que otros tenían que depender de otros organismos o universidades. Dentro del espíritu de la cooperación técnica entre países, la Organización proponía facilitar los intercambios para que los países que carecían de la capacidad pudieran aprender de los que tenían experiencia y conocimientos técnicos en las pruebas de bioequivalencia.

### ***La tecnología de la información en la OPS (documento SPP34/5)***

La Sra. Diane Arnold (Jefa, Departamento de Apoyo de Gestión e Información, OPS) dijo que este punto se había incluido en el orden del día del Subcomité para

concientizar al Subcomité sobre ciertos temas en relación con la capacidad de la Organización de desempeñar eficazmente sus funciones de información, en particular los factores que influían en la tecnología de la información, el nivel de la inversión requerida para mantener la infraestructura de tecnología de la información de la OPS y posibles fuentes de financiamiento para esa finalidad, así como las iniciativas claves para el bienio 2000-2001.

La OPS, como todas las otras organizaciones en el mundo, dependía actualmente en gran medida de la tecnología de la información (TI). La infraestructura de TI de la Organización en la Sede y en las oficinas de campo comprendía una macrocomputadora, alrededor de 2.500 computadoras de escritorio y numerosas computadoras portátiles, impresoras y otros equipo, así como unos 100 productos de software. Hasta febrero de 2000, el valor total de reemplazo de esa infraestructura se calculaba en \$25 millones. Proteger la inversión de la Organización exigía políticas y procedimientos para lograr la seguridad física del equipo y la salvaguarda de los datos, las normas para las compras de software y equipo, el mantenimiento y la actualización periódica del equipo y de las aplicaciones de software, así como una planificación prudente de las inversiones con miras a satisfacer las necesidades futuras ante los cambios acelerados que ocurren en la industria de TI.

La planificación recibía la influencia de numerosos factores, entre ellos los aumentos pasados y previstos del número de usuarios, la demanda de servicios y la disponibilidad de recursos para TI, tanto monetarios como en recursos humanos. En el entorno en acelerado cambio de la TI, era imperativo planificar para actualizar periódicamente tanto los equipos como el software. La política de la OPS era tener un cierto grado de obsolescencia y reemplazar el equipo y el software costosos solamente a medida que fuera necesario. Sin embargo, la capacidad de la Oficina de hacer planes se veía obstaculizada por la necesidad de adaptar las decisiones tecnológicas a los ciclos del presupuesto bienal, lo cual significaba que las decisiones sobre cuándo actualizar o reemplazar el equipo y el software a menudo se regían por la disponibilidad de financiamiento y no necesariamente por la factibilidad tecnológica o la oportunidad. Como resultado, la OPS a veces incurría en grandes gastos porque los productos no se adquirían cuando era más apropiado hacerlo desde un punto de vista tecnológico y de organización. Además, periódicamente ocurrían "puntos máximos" de gastos para la infraestructura de TI.

Para que los recursos limitados de la OPS se utilizaran de la manera más eficaz en función de los costos y evitar "puntos máximos y puntos mínimos" en el gasto, se necesitaba métodos alternativos de financiamiento, no vinculados al ciclo de preparación de presupuestos bienales. Con ese fin, la Oficina había propuesto usar el Fondo de Bienes de Capital, establecido por el Comité Ejecutivo en 1993, para cubrir el costo de

reemplazar o actualizar el equipo electrónico y de computadoras y para efectuar las principales compras de software. Afrontar los retos del futuro también requeriría planificación estratégica sólida y definición clara de las prioridades de organización relativas a la TI con miras a lograr la coordinación de las iniciativas en esta esfera, evitar la duplicación de esfuerzos y utilizar los recursos de la manera más sensata posible.

El documento describía las principales iniciativas de TI planificadas para el bienio 2000-2001. Entre ellas se encontraban el reemplazo de las bases de datos sobre mortalidad y población, ya que el sistema actual, que ya tenía 15 años, carecía de capacidad para la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10); la finalización de un proyecto para actualizar el software usado en el AMPES y el OMIS usado en las oficinas de campo; la puesta en práctica de un “depósito de datos,” que fusionaría datos de muchas aplicaciones de software en una única base de datos para facilitar la gestión y la toma de decisiones; y el análisis de costo-beneficio para determinar cuándo reemplazar diversos sistemas de información institucional, varios de los cuales ya pasaban de los 10 años. Además, la Oficina estaba estudiando las opciones disponibles para proteger los datos de la Organización de los virus y el acceso no autorizado o de la corrupción por los *hackers*.

El Subcomité recalcó la importancia de una gestión eficaz de la información, tanto para la Organización misma como para los Estados Miembros, que dependían de la información producida por la OPS. Los Miembros también expresaron su agrado con el cambio hacia paquetes de software más fáciles de usar, lo cual facilitaría la comunicación de los países con la Organización, y aplaudieron la decisión de la Oficina de elaborar un plan estratégico, que ayudaría a ahorrar dinero y a controlar el gasto, por lo que se evitarían los contrastes muy marcados entre las distintas etapas de la adquisición de equipos y software. La inversión en TI, si bien era costosa, se consideraba sensata porque, a largo plazo, mejoraba la eficiencia y reducía los costos.

Se plantearon varias preguntas concretas con relación a los planes futuros de la OPS en la esfera de la tecnología de información. Con respecto al reemplazo de la base de datos de mortalidad para adaptarla al uso de la CIE-10, se señaló que muchos de los países estaban todavía usando sistemas que no tenían capacidad para la CIE-10 y que era importante planificar para introducir nuevas aplicaciones de software no solo en la Sede de la OPS y en las oficinas de campo, sino también en los países, a objeto de lograr la compatibilidad de los sistemas y los datos. Un delegado preguntó acerca de la posibilidad de que la OPS donara equipo usado o brindara apoyo a los países para permitirles fortalecer su capacidad en TI. Al señalar que habían ocurrido algunos problemas de compatibilidad entre el sistema de correo electrónico de la Organización y los sistemas usados en algunos países, otro delegado inquirió acerca de planes futuros para las comunicaciones por correo electrónico. Varios delegados pidieron aclaraciones sobre el

uso del Fondo de Gastos de Capital y el costo y la procedencia del financiamiento para las iniciativas de TI descritas en el documento; se señaló que el costo de las iniciativas propuestas —combinado con otros gastos corrientes, como honorarios para licencias de uso del software— probablemente superaría considerablemente el tope de \$5,6 millones del Fondo. Un delegado preguntó si la OMS tenía algún fondo o mecanismo especial para compartir costos destinado a ayudar a las regiones a cubrir los gastos de TI, dado que la OMS dependía de los datos suministrados por ellas para cumplir sus funciones de notificación estadística. El mismo delegado observó que la OPS parecía estar utilizando un número excepcionalmente grande de productos de software y preguntó si había un mecanismo implantado para estandarizar el uso del software en toda la Organización.

Contestando a la pregunta sobre los sistemas de correo electrónico, la Sra. Arnold dijo que era difícil asegurar un cien por ciento de compatibilidad entre los programas. La OPS había elegido usar los productos de Microsoft porque podían adquirirse en todo el mundo y los utilizaban la mayoría de las personas y organizaciones; sin embargo, la Organización seguiría vigilando los productos de la competencia que estaban surgiendo en el mercado y examinaría los problemas de compatibilidad con miras a reducirlos al mínimo. En cuanto a la factibilidad de donar el equipo, habitualmente la Organización ponía el equipo al alcance de ministerios de salud y otros colaboradores cuando lo actualizaba. En cuanto al número grande de productos de software que se utilizaba en las computadoras de la OPS, era importante destacar que incluían no solo el programa Word y las aplicaciones de procesamiento de datos utilizados comúnmente por el personal, sino también todos los sistemas operativos necesarios y los programas de conexión y de comunicación que permitían que cada computadora personal funcionara como parte de una red. La OPS sí tenía un comité de vigilancia que examinaba no solo las políticas de normalización para la Organización en su totalidad (incluidas las oficinas de campo), sino también los problemas atinentes a la pertinencia, la oportunidad y el financiamiento de iniciativas grandes de TI. En cuanto a las preguntas sobre el financiamiento y el Fondo de Bienes de Capital, hasta ahora se habían utilizado alrededor de \$400.000 del Fondo. Aunque el plan estratégico todavía no se había elaborado totalmente, se calculaba que el costo anual de llevar a cabo las iniciativas descritas en el documento, así como las iniciativas futuras previstas, sería de aproximadamente \$5.000.000.

El Sr. Eric Boswell (Jefe de Administración) agregó que, si bien el Fondo se había establecido en 1993 con una cifra tope de \$5,6 millones, nunca se había llegado a ese nivel. Actualmente, había alrededor de \$2.000.000 en el Fondo, que se había utilizado solamente para proyectos relativamente pequeños. Si el presupuesto lo permitía, el Fondo podría ser capitalizado totalmente, ya que la intención de la Oficina era utilizarlo para contar con una fuente constante de financiamiento para las iniciativas de TI y así evitar los puntos máximos y los puntos mínimos que había mencionado la Sra. Arnold. En

cuanto a la posibilidad de financiamiento procedente de la OMS, no había ninguna partida destinada a dar ayuda financiera a las regiones para actividades de tecnología de la información.

El Director reiteró que este tema se había presentado principalmente para concientizar al Subcomité de la cantidad de dinero que la Organización había tenido que invertir y de los retos que enfrentaba a objeto de mantener la tecnología necesaria para la producción y la difusión de información, que era una responsabilidad constitucional. Si bien era verdad que la tecnología le permitía a una organización trabajar más eficientemente, para la OPS esta no había disminuido necesariamente los costos porque la tecnología misma era tan costosa y porque su uso no había conducido a notables reducciones del personal, aunque las funciones del personal habían cambiado algo con la introducción de la tecnología. La Organización estaba en verdad dispuesta a donar equipos, aunque nunca querría donar equipo que, si bien todavía podía utilizarse, era tan antiguo que ya había dejado de ser útil. En cuanto al Fondo de Bienes de Capital, era esencial encontrar una fuente alternativa de financiamiento para los gastos en TI, y se consideraba que el Fondo era la mejor opción. Por el momento, la Oficina no creía que fuese necesario tramitar un aumento del tope del Fondo, pero quizá habría que hacerlo en el próximo bienio.

### **Otros asuntos**

El Delegado de los Estados Unidos de América dijo que su delegación había encontrado que la experiencia de trabajar con la Oficina para escribir una monografía que sería expuesta ante el Subcomité había sido muy esclarecedora. Ahora entendía mucho mejor la complejidad de la preparación de los documentos para las reuniones de los Cuerpos Directivos. Inicialmente, el personal responsable de la redacción del documento se había confundido acerca de si el objetivo era presentar la posición de los Estados Unidos o actuar como facilitadores expertos para la elaboración de un documento que presentara una perspectiva más general; en último término, habían optado por el último enfoque. En el futuro, si se iba a seguir pidiendo a los Gobiernos Miembros que prepararan documentos, su delegación recomendaría que se aclararan las funciones respectivas de los gobiernos y la Oficina. Además, el proceso debía iniciarse mucho antes con miras a dar el tiempo suficiente para realizar todo el trabajo necesario; en condiciones ideales, el Comité Ejecutivo, al reunirse inmediatamente después del Consejo Directivo cada año, decidiría si había temas para los cuales deseaba solicitar la colaboración de un Miembro en la preparación de un documento.

El Delegado de Canadá dijo que su delegación también había encontrado que el proceso era todo un reto y apoyaba las recomendaciones de los Estados Unidos. Recordando que se había sugerido en la sesión anterior que el Subcomité debía reunirse

solo una vez al año, inquirió si la práctica de celebrar dos sesiones por año iba a abandonarse. Su delegación también deseaba agradecer a la Oficina el suministro de información sobre las consecuencias presupuestarias de las diversas iniciativas propuestas y la mayor atención prestada en los documentos a las necesidades especiales de las poblaciones marginadas, especialmente las mujeres y los grupos autóctonos.

El Director agradeció a las delegaciones de Canadá y los Estados Unidos sus esfuerzos al preparar los documentos sobre la armonización de la reglamentación farmacéutica y los dispositivos médicos. Su comprensión del enfoque que se adoptaría era en realidad correcta: el ejercicio estaba destinado a ser una tarea de coordinación, en la cual los Estados Miembros trabajaban con funcionario de la OPS, compartiendo su experiencia y conocimientos técnicos en una esfera particular. Opinó que los productos finales habían sido excelentes y esperaba que la experiencia pudiera repetirse con otros Miembros en futuras sesiones del Subcomité. Consideraba también que la presencia y la participación activa de varias ONG habían contribuido a mejorar la sesión.

Con respecto al número de sesiones del SPP que se celebrarían anualmente, la decisión definitiva en cuanto a cualquier cambio en las funciones del Subcomité o la frecuencia de sus sesiones tendría que tomarla el Comité Ejecutivo en junio de 2000. En cualquier caso, tendría que celebrarse una sesión en la primavera de 2001 para considerar el proyecto de presupuesto para el bienio 2002-2003 antes de que la propuesta pasara al Comité Ejecutivo en junio de 2001. Si consideraba que había necesidad de celebrar también una sesión del Subcomité a finales de 2000, se lo recomendaría al Comité Ejecutivo.

Finalmente, anunció que la Directora General de la OMS, Dra. Gro Harlem Brundtland y todos los Directores Regionales se reunirían en la Sede de la OPS del 11 al 13 de abril de 2000 para una reunión del Gabinete Mundial.

### **Clausura de la sesión**

El Director expresó su gratitud al Presidente por la manera hábil y eficaz en la cual había conducido la sesión, y agradeció a los participantes sus observaciones perspicaces.

El Presidente opinó que la sesión había brindado una oportunidad valiosa a los delegados para intercambiar criterios bajo el estandarte del panamericanismo. Agradeció a los participantes sus contribuciones a ese intercambio, y luego declaró clausurada la 34.<sup>a</sup> sesión.

## **ORDEN DEL DÍA**

1. Apertura de la sesión
2. Adopción del orden del día y del programa de reuniones
3. Política sobre el presupuesto por programas de la Organización Panamericana de la Salud
4. Organizaciones no gubernamentales
5. La tecnología de la información en la Organización Panamericana de la Salud
6. El significado del panamericanismo para la Organización Panamericana de la Salud
7. Dispositivos médicos
8. Armonización de la reglamentación farmacéutica
9. Salud infantil
10. Otros asuntos



## LISTA DE DOCUMENTOS

<i>No. del Documento</i>	<i>Título</i>
SPP34/1, Rev. 1	Orden del día
SPP34/WP/1	Programa de reuniones
SPP34/2, Rev. 2	Lista de participantes
SPP34/3	Política sobre el presupuesto por programas de la Organización Panamericana de la Salud
SPP34/4	Organizaciones no gubernamentales
SPP34/5	La tecnología de la información en la Organización Panamericana de la Salud
SPP34/6	El significado del panamericanismo para la Organización Panamericana de la Salud
SPP34/7	Dispositivos médicos
SPP34/8	Armonización de la reglamentación farmacéutica
SPP34/9	Salud infantil

**LIST OF PARTICIPANTS  
LISTA DE PARTICIPANTES**

**PARTICIPANTS  
PARTICIPANTES**

**Members of the Subcommittee  
Miembros del Subcomité**

**Bolivia**

Lic. Edy Carmen Jiménez Bullaín  
Directora de Planificación  
Ministerio de Salud y Previsión Social  
La Paz

**Canada  
Canadá**

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

Dr. Beth Pieteron

**Costa Rica**

Dra. Xinia Carvajal Salazar  
Viceministra de Salud  
Ministerio de Salud  
San José

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

**Cuba**

Dr. Antonio González Fernández  
Jefe del Departamento de Organismos Internacionales  
Ministerio de Salud Pública  
La Habana

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

**Dominican Republic**  
**República Dominicana**

Dr. Rafael Schiffino  
Subsecretario de Salud  
Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social  
Santo Domingo

Dr. Roberto Peguero  
Subsecretario de Estado  
Director General de Hospitales  
Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social  
Santo Domingo

**Ecuador**

Dr. Bayardo García  
Viceministro de Salud Pública  
Ministerio de Salud Pública  
Quito

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

**Guyana**

Dr. Rudolph Cummings  
Chief Medical Officer  
Ministry of Health  
Georgetown

**Mexico**  
**México**

Dra. Didya Fong Olmos  
Directora de Asuntos Bilaterales y Regionales Americanos  
Secretaría de Salud  
México

**United States of America**  
**Estados Unidos de América**

Mr. Richard Walling  
Director, Office of the Americas  
and Middle East  
Office of International and Refugee Health  
United States Public Health Service  
Department of Health and Human Services  
Rockville, Maryland

Ms. Mary Lou Valdez  
Transition Coordinator  
Office of International and Refugee Health  
United States 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.*)

Ms. Ann S. Blackwood  
Director of Health Programs  
Bureau of International Organization Affairs  
Department of State  
Washington, D.C.

Ms. Carol Dabbs  
Team Leader, Health/Population/Nutrition Teams  
Bureau for Latin America and the Caribbean  
United States Agency for International Development  
Washington, D.C.

Dr. Stuart Nightingale  
Associate Commissioner for Health Affairs  
Food and Drug Administration  
Rockville, Maryland

Dr. Justina Molzon  
Associate Director for International Affairs  
Center for Drug Evaluation and Research  
Food and Drug Administration  
Rockville, Maryland

Dr. Minna Golden  
Associate Director for the Americas  
Food and Drug Administration  
Rockville, Maryland

**Observers  
Observadores**

**Other Member States  
Otros Estados Miembros**

**Antigua and Barbuda  
Antigua y Barbuda**

Senator Samuel Aymer  
Special Advisor  
Ministry of Health  
St. Johns

**Honduras**

Lic. David Hernández  
Consejero de Asuntos Políticos  
Embajada de Honduras  
Washington, D.C.

**Panama  
Panamá**

Dr. José M. Terán Sittón  
Ministro de Salud  
Ministerio de Salud  
Panamá

**Uruguay**

Sra. Susana Rosa  
Representante Alternativa  
Misión de Uruguay ante la OEA  
Washington, D.C.

**Observers** (*cont.*)  
**Observadores** (*cont.*)

**Nongovernmental Organizations**  
**Organizaciones No Gubernamentales**

**Asociación Latinoamericana de Industrias Farmacéuticas (ALIFAR)**

Lic. Miguel Angel Maito  
Representante ALIFAR  
Buenos Aires, Argentina

**Emergency Care Research Institute (ECRI)**

Mr. Jonathan A. Gaev  
Director of International Programs  
Plymouth Meeting  
Pennsylvania

**Federación Latinoamericana de la Industria Farmacéutica (FIFARMA)**

Sr. José Manuel Cousiño  
Director Asuntos Regulatorios  
Santiago, Chile

**U.S. Pharmacopeia**

Dr. Roger L. Williams  
Mr. Jerome A. Halperin

**Pan American Sanitary Bureau  
Oficina Sanitaria Panamericana**

**Director and Secretary ex officio of the Session  
Director y Secretario *ex officio* de la Sesión**

Sir George Alleyne

***Advisors to the Director  
Asesores del Director***

Dr. David Brandling-Bennett  
Deputy Director  
Director Adjunto

Dr. Mirta Roses  
Assistant Director  
Subdirectora

Mr. Eric J. Boswell  
Chief of Administration  
Jefe de Administración

Dr. Juan Antonio Casas  
Director, Division of Health and Human Development  
Director, División de Salud y Desarrollo Humano

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

Dr. Ciro de Quadros  
Director, Division of Vaccines and Immunization  
Director, División de Vacunas e Inmunización

Dr. Daniel López Acuña  
Director, Division of Health Systems and Services Development  
Director, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud



**Pan American Sanitary Bureau (cont.)**  
**Oficina Sanitaria Panamericana (cont.)**

*Advisers to the Director (cont.)*

*Asesores del Director (cont.)*

Dr. Mauricio Pardón  
Director, Division of Health and Environment  
Director, División de Salud y Ambiente

Dr. José Antonio Solís  
Director, Division of Health Promotion and Protection  
Director, División de Promoción y Protección de la Salud

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

Dr. Diana La Vertu  
Chief, Department of Personnel  
Jefa, Departamento de Personal

Dr. Karen Sealey (*Technical Secretary/Secretaria Técnica*)  
Chief, Office of Analysis and Strategic Planning  
Jefa, Oficina de Análisis y Planificación Estratégica

*Office of Analysis and Strategic Planning*  
*Oficina de Análisis y Planificación Estratégica*

Dr. Germán Perdomo  
Senior Policy Adviser  
Asesor Principal de Políticas

*Legal Counsel*  
*Asesora Jurídica*

Dr. Heidi V. Jiménez

**Pan American Sanitary Bureau (cont.)**  
**Oficina Sanitaria Panamericana (cont.)**

*Advisers to the Director (cont.)*

*Asesores del Director (cont.)*

*Chief, Department of General Services*

*Jefe, Departamento de Servicios Generales*

Dr. Richard P. Marks

*Chief, Conference and Secretariat Services*

*Jefe, Servicios de Conferencias y Secretaría*

Ms. Janice A. Barahona