

122.^a sesión
Washington, D.C.
Junio de 1998

Punto 3.1 del orden del día provisional

CE122/5 (Esp.)
6 mayo 1998
ORIGINAL: ESPAÑOL

INFORME DEL SUBCOMITÉ DE PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN

El Subcomité de Planificación y Programación celebró dos sesiones durante el período transcurrido desde la última sesión del Comité Ejecutivo: la 29.^a sesión los días 1 y 2 de diciembre de 1997, y la 30.^a sesión los días 30 y 31 de marzo de 1998.

Durante la 29.^a sesión, estuvieron presentes delegados de los siguientes Miembros del Subcomité elegidos por el Comité Ejecutivo o designados por el Director: Argentina, Bahamas, Canadá, Colombia, Ecuador, Estados Unidos de América, Panamá y Perú. También estuvieron presentes observadores por Antigua y Barbuda, Brasil, Chile y Cuba.

A la 30.^a sesión, asistieron los delegados de los siguientes Miembros del Subcomité elegidos por el Comité Ejecutivo o designados por el Director: Argentina, Bahamas, Canadá, Ecuador, Estados Unidos de América, Panamá y Perú. Asimismo, estuvieron presentes observadores por Antigua y Barbuda, Bolivia, Chile, Cuba y México.

Fueron electos como autoridades de las 29.^a y 30.^a sesiones los delegados de Bahamas (como Presidente), del Ecuador (como Vicepresidente) y del Perú (como Relator).

Durante dichas sesiones el Subcomité discutió los temas siguientes:

1. Prevención y control del consumo del tabaco
2. Salud de las personas de edad
3. Vigilancia y prevención de las enfermedades transmitidas por los alimentos

4. Comunicación y salud
5. Salud y turismo
6. Hantavirus
7. Orientaciones estratégicas y programáticas para la Oficina Sanitaria Panamericana, 1999-2002
8. La cooperación técnica entre países: Panamericanismo en el siglo XXI
9. Cambios climáticos y enfermedades infecciosas: Las implicaciones del fenómeno El Niño
10. Mitigación de desastres en las instalaciones de salud
11. Bioética
12. Población y salud reproductiva
13. Programa de Publicaciones de la OPS
14. Anteproyecto de presupuesto por programas de la Organización Mundial de la Salud para la Región de las Américas para el ejercicio 2000–2001

Se adjuntan los informes finales de las dos sesiones, que reflejan las deliberaciones del Subcomité sobre dichos temas.

Anexos



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



SUBCOMITÉ DE PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

29.^a sesión, 1 y 2 de diciembre de 1997

SPP29/FR (Esp.)
2 diciembre 1997
ORIGINAL: ESPAÑOL

INFORME FINAL

CONTENIDO

Página

Autoridades.....	3
Apertura de la sesión	3
Adopción del orden del día y del programa de reuniones	4
Presentación y debate de los temas	4
Prevención y control del consumo de tabaco.....	4
Salud y turismo	7
Vigilancia y prevención de las enfermedades transmitidas por los alimentos	10
Comunicación y salud	14
Salud de las personas de edad	17
Hantavirus	21
Otros asuntos.....	23
Clausura de la sesión	24

- Anexo A: Orden del día
- Anexo B: Lista de documentos
- Anexo C: Lista de participantes

INFORME FINAL

La 29.^a sesión del Subcomité de Planificación y Programación del Comité Ejecutivo se celebró en la sede de la Organización Panamericana de la Salud, en Washington, D.C., los días 1 y 2 de diciembre de 1997.

La sesión contó con la asistencia de los delegados de los siguientes Miembros del Subcomité elegidos por el Comité Ejecutivo o designados por el Director: Argentina, Bahamas, Canadá, Colombia, Ecuador, Estados Unidos de América, Panamá y Perú. También estuvieron presentes observadores por Antigua y Barbuda, Brasil, Chile y Cuba.

MESA DIRECTIVA

El Subcomité eligió la siguiente mesa directiva:

<i>Presidente:</i>	Bahamas	Dr. Ronald Knowles
<i>Vicepresidente:</i>	Ecuador	Dr. Asdrúbal de la Torre
<i>Relator:</i>	Perú	Dr. Pablo Augusto Meloni

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

APERTURA DE LA SESIÓN

El Director inauguró la sesión y dio la bienvenida a los participantes, en especial a los nuevos Miembros del Subcomité y a los representantes de otros Estados Miembros, cuya presencia como observadores era prueba fehaciente del interés de dichos Estados por participar activamente en la vida y la labor de la Organización. Alentó a los participantes a considerar los documentos presentados al Subcomité como obras en curso, que se revisarían y se refinarían teniendo en cuenta los aportes de los delegados. También recalcó que, de acuerdo con las opiniones expresadas por los Miembros en sesiones anteriores tanto del Subcomité como del Comité Ejecutivo, la Secretaría consideraba que no todos los puntos del orden del día han de transmitirse automáticamente al Comité Ejecutivo o al Consejo Directivo. Si el Subcomité juzgaba que un punto se había tratado en grado suficiente, y no era necesaria una resolución o decisión del Comité o del Consejo, debía optar por no remitirlo.

ADOPCIÓN DEL ORDEN DEL DÍA Y DEL PROGRAMA DE REUNIONES (Documentos SPP29/1 y SPP29/WP/1)

En conformidad con el Artículo 2 de su Reglamento Interno, el Subcomité adoptó el orden del día preparado por el Director y el programa de reuniones.

PRESENTACIÓN Y DEBATE DE LOS TEMAS

Prevención y control del consumo de tabaco (documento SPP29/3)

El Dr. Enrique Madrigal (Asesor Regional en Abuso de Sustancias) esbozó el plan de acción propuesto para fortalecer la cooperación técnica de la OPS a fin de reducir los problemas relacionados con el tabaquismo en la Región y apoyar a los países en la elaboración de planes y políticas nacionales para combatir el consumo de tabaco. Empezó por presentar estadísticas de la situación actual del consumo de tabaco en las Américas y el estado de las actividades de control en los países, y luego describió las premisas y principios en que estaba basado el plan propuesto. El plan estaba orientado a disminuir la prevalencia del consumo de tabaco, que es la principal causa evitable de mortalidad y morbilidad; reducir la tolerancia social del tabaquismo y promover mensajes que desalienten el consumo de tabaco; tratar la dependencia del tabaco; y proteger a los no fumadores, especialmente los niños, del humo de tabaco en el ambiente. Un elemento esencial del plan era prevenir el tabaquismo en los adolescentes y jóvenes.

Se consideró que los elementos esenciales de un plan integral serían: 1) la educación, especialmente la educación sanitaria en las escuelas y actividades encaminadas a reducir el tabaquismo entre los profesionales de la salud, los profesores y otros modelos sociales; 2) la legislación y reglamentación, sobre todo la prohibición de fumar en todos los establecimientos públicos, sanitarios y educativos, y la imposición de restricciones a la publicidad y venta de los productos de tabaco, especialmente entre los menores; 3) medidas fiscales, como los aumentos sistemáticos de los impuestos a los productos de tabaco; y 4) el seguimiento y la vigilancia, especialmente la evaluación de los programas y la vigilancia de los niveles y las tendencias del uso de tabaco. Para tener éxito, todo plan de lucha antitabáquica debe ser multisectorial, ya que los problemas y los temas asociados con el consumo de tabaco trascendían el sector de la salud; sin embargo, la OPS cree que las actividades de lucha antitabáquica deben basarse en los métodos de salud pública y deben empezar con los ministerios de salud, extendiéndose de allí a otros ministerios y otros sectores. Las iniciativas fructíferas de lucha antitabáquica también requerirían acción internacional concertada para combatir las tentativas de las empresas tabacaleras multinacionales de ampliar sus mercados, especialmente en los países en desarrollo.

En el documento se esbozaban 12 líneas de acción para la cooperación técnica de la Organización con los países en esta esfera. Se pidió al Subcomité que formulara sus

comentarios sobre el contenido del documento y que evaluara el plan y las líneas de acción.

En el debate subsiguiente, los Delegados de Canadá y los Estados Unidos de América señalaron que el documento era muy elogioso en relación con sus países y quizá exageraba sus éxitos en la prevención y el control del consumo de tabaco. Ambos delegados observaron, por ejemplo, que a pesar de la inversión de considerables esfuerzos y recursos, sus países habían experimentado ascensos alarmantes del tabaquismo entre los adolescentes, especialmente las niñas.

En general, al Subcomité le pareció que el plan de acción y los enfoques propuestos en el documento eran sólidos. En particular, se aplaudió el hincapié que hacía el plan en las medidas fiscales y legislativas. El aumento de los impuestos a los productos de tabaco y las restricciones en la publicidad del tabaco se consideraron entre los medios más eficaces para desalentar el tabaquismo. Varios delegados recalcaron la necesidad de una actuación multisectorial concertada para abordar los temas relacionados con el tabaco que estuvieran fuera de la competencia del sector de la salud y de iniciativas de promoción de la salud eficaces para contrarrestar la poderosa publicidad y las campañas promocionales de las empresas tabacaleras. Un delegado sugirió que era necesario tomar medidas no solo para prevenir el tabaquismo sino para proteger a quienes optaban por fumar, por ejemplo, reduciendo el contenido nicotínico de los cigarrillos. El Subcomité mencionó varias funciones clave para la OPS, en particular la elaboración de indicadores y estudios para mostrar la repercusión económica del consumo de tabaco.

Con respecto a las 12 líneas de acción para la OPS enumeradas en el documento, se recomendó priorizarlas y ejecutarlas gradualmente, en vez de aplicarlas todas a la vez, y vigilar continuamente los progresos logrados. Se propuso que inicialmente la Organización debía centrar su atención en la promulgación de leyes para restringir el acceso de los menores a los productos de tabaco, el aumento de capacidad entre los profesionales de la salud, el desarrollo de la promoción de la causa en el plano local para crear una demanda de entornos sin tabaco y políticas de prevención enérgicas, y la creación de vínculos intersectoriales para acometer los problemas que escapan al ámbito de competencia del sector de la salud.

Se sugirieron varias maneras de mejorar el documento. Varios delegados creían que debía destacar más la necesidad de colaboración internacional, dada la naturaleza internacional de los problemas en relación con la producción, la comercialización y el uso del tabaco. También se señaló que el documento no mencionaba la preparación de un convenio marco internacional para la lucha antitabáquica, como lo había solicitado la 49.^a Asamblea Mundial de la Salud. Varios delegados consideraron que el tema del tabaquismo debía abordarse dentro de un marco más amplio, como una causa, entre muchas otras, de la contaminación ambiental y los problemas de salud conexos.

Finalmente, el Subcomité pidió que en las versiones futuras del documento se incluyeran cálculos del costo de ejecutar las acciones propuestas.

El Dr. Madrigal estuvo de acuerdo con la necesidad de incorporar en el documento más información sobre el convenio marco internacional; sin embargo, señaló que la elaboración del convenio se hallaba todavía en las primeras etapas y no se había logrado un consenso internacional sobre su contenido. No obstante, en la próxima versión del documento, la Secretaría se esforzaría en resumir los progresos logrados hasta entonces. También señaló que en todos los países de la Región se estaban viendo aumentos del tabaquismo en los adolescentes. La OPS estaba colaborando con varios de ellos para crear instrumentos que permitan evaluar la magnitud del problema y la eficacia de las medidas tomadas para combatirlo. El funcionario observó que países como Venezuela, que había adoptado leyes que prohíben la publicidad del tabaco en la televisión y la radio, habían logrado adelantos apreciables en la lucha contra el problema.

El Director observó que, si bien las organizaciones internacionales a veces se mostraban indecisas a la hora de abordar el tema de la lucha antitabáquica por temor de ofender a los Estados Miembros que eran productores importantes de tabaco, la OPS consideraba el consumo de tabaco principalmente como un problema de salud y, en su carácter de organización sanitaria, no podía evitar ocuparse del tema. Además, el consumo de tabaco era un problema internacional y, por consiguiente, solo podría tratarse eficazmente mediante el esfuerzo internacional colectivo con el apoyo de los organismos internacionales como la OPS. Por otra parte, los tratados e instrumentos internacionales, como el convenio marco internacional para la lucha antitabáquica, solo podrían elaborarse bajo el auspicio de organismos como la OMS y la OPS. Una de las esferas en que la OPS tenía capacidad demostrada de ayudar a los países era la preparación de leyes modelo sobre temas de salud y, en opinión del Director, la Organización debía asignar los recursos necesarios para ayudar y alentar a las comisiones de asuntos de salud del poder legislativo en los países a promulgar leyes sobre la lucha antitabáquica.

La Organización también podría ayudar a los países por medio de estudios de la repercusión económica del consumo de tabaco. El Director señaló que algunos economistas sostenían la opinión de que no debía hacerse nada para prevenir y controlar el tabaquismo porque la mortalidad prematura que causaba daba lugar, en último término, a menores costos de asistencia sanitaria; era esencial obtener datos para contrarrestar ese criterio y convencer a los líderes políticos de los enormes costos económicos y sociales del consumo de tabaco. Estuvo de acuerdo en que el tabaquismo formaba parte del tema más amplio de los ambientes sanos; sin embargo, la OPS creía que podría hacer un uso más eficaz de sus limitados recursos si por el momento se concentraba en este aspecto concreto del problema más amplio. En cuanto a la necesidad de forjar y fortalecer las coaliciones y alianzas multisectoriales para combatir el consumo de tabaco, el Director creía que para el sector de la salud era crucial obtener el apoyo y aprender de las técnicas de los expertos en mercadotecnia para transmitir mensajes contra el tabaquismo que

fuesen tan poderosos y persuasivos como los creados por los anunciantes del tabaco. En cuanto a la falta de cifras presupuestarias en el documento, prometió que las versiones futuras incluirían información sobre lo que la Organización gastaba en realidad en el área de la lucha antitabáquica, así como cálculos del costo de aplicar las medidas propuestas en el documento y sugeridas por los delegados.

Salud y turismo (documento SPP29/7)

Este punto del orden del día fue presentado por la Dra. Mirta Roses (Subdirectora, OPS), quien recordó que el tema de la salud y el turismo había sido tratado por los Cuerpos Directivos en 1992, en cuyo momento se había establecido un programa para la acción durante el período 1992-1997. En el documento presentado al Subcomité se esbozaban las actividades emprendidas durante ese período. La Subdirectora observó que la OPS no había establecido un programa regional específico sobre salud y turismo, sino que había asignado la responsabilidad de esta área a un grupo interprogramático bajo la supervisión de la Oficina del Subdirector. Además, las líneas de acción y estrategias en relación con la salud y el turismo se habían incorporado en los diversos programas regionales y las divisiones técnicas y en la cooperación técnica de la Organización con cada país.

La Dra. Roses presentó una serie de estadísticas que ilustraban la importancia creciente del turismo en la Región y luego examinó la manera como las percepciones del turismo y su relación con la salud habían evolucionado desde el criterio de que los turistas debían aislarse de la población y el ambiente local mediante la creación de enclaves turísticos con saneamiento ambiental y situaciones sanitarias óptimas, a un criterio bastante negativo que se centraba en las repercusiones adversas del turismo con respecto al deterioro ambiental y la introducción de problemas sanitarios y sociales, hasta llegar a la concepción actual del turismo como un vehículo para promover el desarrollo económico y social mediante la generación de empleos y la redistribución de los ingresos. En esta última concepción, el contacto e intercambio entre la población anfitriona y los turistas se consideraba no solo inevitable sino aconsejable, y el turismo se veía como un medio potencial de mejorar las condiciones sanitarias y ambientales del país anfitrión, combatir la pobreza y reducir las brechas en la equidad.

La OPS creía que aún no se reconocía plenamente la importancia de la salud como un elemento clave para el desarrollo sostenible del turismo, aunque documentos de la Organización Mundial del Turismo (OMT) y otros organismos e instituciones internacionales indicaban un reconocimiento creciente de la vinculación mutua de los dos sectores. En consecuencia, la OPS estaba procurando alentar la incorporación de una perspectiva de salud en todas las políticas públicas sobre el turismo y estaba promoviendo el criterio de que la salud y la seguridad de la población eran bienes tan valiosos para la industria turística de un país como sus características naturales o su paisaje. Durante los cinco años anteriores, la Organización había emprendido una

variedad de actividades en las siguientes áreas prioritarias para abordar las preocupaciones de salud relacionadas con el turismo y destacar los vínculos entre las dos esferas: enfermedades transmisibles y zoonosis; educación e investigación; agua, saneamiento y eliminación de desechos; y servicios de salud. En el futuro, se proponía actuar en las esferas de la formulación de políticas, planes y reglamentos; información pública y adiestramiento; movilización de recursos; e investigación. Se pidió al Subcomité que formulara comentarios sobre las esferas futuras de acción y orientaciones para la cooperación técnica propuestas en el documento.

El Subcomité consideró muy oportuno el abordaje del tema de la salud y el turismo, habida cuenta del crecimiento del turismo, su importancia económica para muchos países de la Región y los efectos recíprocos entre el turismo y la salud. También consideró apropiado el enfoque interprogramático de la Organización sobre este tema, que tiene muchas facetas. Se elogió el hincapié que se hace en el documento con relación al turismo sostenible. Varios delegados subrayaron que el turismo que se concentraba exclusivamente en atender los intereses de salud de los visitantes a expensas de la situación ambiental y sanitaria local no podía mantenerse a largo plazo. Sin embargo, también se señaló que las medidas propuestas para proteger la salud de la población en las zonas turísticas debían evaluarse cuidadosamente para evitar acciones extremas que resultaran perjudiciales para la industria turística, que era un componente principal de la economía de muchos países. Debía buscarse un equilibrio para que cualquier medida tomada fuese igualmente beneficiosa para ambos sectores.

Se sugirieron varias correcciones y mejoras al documento. Algunos delegados señalaron que en él no se trataban los riesgos para la salud asociados con los cruceros. Además, se consideraba que el documento debería incluir, entre las diversas categorías de viajeros, a quienes viajan para visitar a familiares que viven en otros países. También se recalcó la importancia de reconocer las necesidades en materia de salud que son propias de las zonas fronterizas. Se sugirió que las próximas versiones del documento deberían ampliar más el aspecto de cómo podría aprovecharse de manera más eficaz la sinergia entre la salud y el turismo para beneficio de ambos sectores. Varios delegados solicitaron más información sobre cómo se había organizado el Grupo Interprogramático sobre Salud y Turismo y cómo se habían incorporado las líneas de acción en esta esfera en los diversos programas de cooperación técnica, así como en los planes de la Organización para llevar a cabo acciones conjuntas con la Organización Mundial del Turismo (OMT) y otros organismos. Finalmente, se señaló que la sección sobre las enfermedades transmisibles y las zoonosis no mencionaba el dengue ni el dengue hemorrágico, que representan una grave amenaza para el turismo.

El Subcomité consideró que una de las funciones más importantes de la OPS era la de apoyar a los países por medio del suministro de información y el fortalecimiento de los sistemas de vigilancia, especialmente con relación al Reglamento Sanitario Internacional. Varios delegados señalaron que la industria turística era particularmente

vulnerable a rumores o a información errónea, que pudiera difundirse casi instantáneamente a todo el mundo por la Internet u otros medios, referente a brotes de enfermedades y otros riesgos para la salud. Por consiguiente, agregaron, era esencial contar con información oportuna y exacta. Se expresó apoyo a la propuesta de creación de un registro de brotes de enfermedades en poblaciones de turistas. Con relación a las otras medidas propuestas en el documento, se sugirió que debía asignárseles un orden de prioridad.

La Dra. Roses estuvo de acuerdo con la necesidad de establecer un sistema regional para la vigilancia de los problemas de salud que pudieran tener repercusiones sobre el turismo. También señaló que los recientes brotes de enfermedades ocurridos en varios países habían demostrado la imposibilidad de crear una “cúpula protectora” exclusivamente para aislar a los turistas y a los visitantes de los riesgos para la salud y recalcó la importancia de mejorar las condiciones de vida de la población del país anfitrión como una inversión de capital que en última instancia atraería a más turistas. Agradeció a los delegados sus comentarios y sugerencias, que se incorporarían en el documento. También se incluiría un examen más exhaustivo del fenómeno del turismo interno. La Secretaría esperaba recibir comentarios sobre el documento de otros países no representados en la reunión del Subcomité, así como de otros organismos. Después de que se hubieran recibido y analizado todos los comentarios, la Secretaría se proponía preparar, en forma de publicación científica de la Organización, un documento que incluyera la información y la reflexión más recientes sobre el tema de la salud y el turismo. Se esperaba que estuviera lista a mediados de 1998.

El Director expresó su agrado ante el entusiasmo que había demostrado el Subcomité por el tema y por el apoyo dado al enfoque interprogramático adoptado por la OPS. Cuando los Cuerpos Directivos abordaron el tema de la salud y el turismo en 1992, algunos delegados expresaron dudas acerca de si la OPS debía ocuparse de esta área. Sin embargo, dado que una de las razones para el establecimiento de la Organización había sido la de facilitar el comercio y el intercambio entre las personas, sentía que era crucial para la OPS asumir un papel activo en poner de relieve y abordar las preocupaciones de salud relacionadas con el turismo. Cada vez es mayor el reconocimiento de que los ministerios de salud tienen la responsabilidad de velar por la atención de la salud de todos los que se encuentren en el territorio en un momento dado, sean turistas o nacionales. Además, los países están cada vez más preocupados por la salud de sus ciudadanos que viven en el exterior como parte de la llamada “diáspora ampliada”. La respuesta a estas nuevas exigencias representa una pesada carga para los ministerios, en particular en el caso de países pequeños como las Bahamas, que reciben anualmente un gran volumen de turistas. Estuvo de acuerdo en que una de las principales formas en que la OPS podría ayudar a los países es la vigilancia; sin embargo, la capacidad de la Organización para establecer un sistema eficaz de vigilancia dependía de la notificación exacta y clara a nivel nacional. Si la OPS no estuviera en capacidad de suministrar información objetiva y

oportuna, la confianza que inspira y su aptitud para apaciguar los rumores y corregir las informaciones erróneas se verían menoscabadas.

Un tema delicado, pero al que quizás deba asignársele mayor importancia en una versión futura del documento, es la respuesta del sector de la salud a la amenaza de la transmisión de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) asociadas con el turismo. Se dijo que a veces se observaba una tendencia a pretextar que el problema de las relaciones sexuales ocasionales entre turistas e integrantes de la población local no existía o a pensar que los visitantes estaban expuestos a un riesgo mayor de contraer alguna ETS, cuando en efecto la población local se encuentra expuesta al mismo riesgo. Por consiguiente, el sector de la salud en los países debe tomar medidas drásticas para informar a los profesionales del sexo acerca de cómo protegerse y evitar la propagación de estas enfermedades.

Vigilancia y prevención de las enfermedades transmitidas por los alimentos (documento SPP29/5)

El Dr. Jaime Estupiñán (Director, Instituto Panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis, INPPAZ) esbozó el contenido del documento sobre este tema. Empezó por presentar estadísticas sobre la magnitud del problema de las enfermedades transmitidas por los alimentos y los principales agentes causales, destacando en particular la amenaza que plantean nuevos agentes patógenos tales como *Salmonella enteritidis*, *Escherichia coli* 0157:H7, *Listeria monocytogenes*, *Campylobacter jejuni* y *Yersinia enterocolitica*. El programa Regional de Cooperación Técnica en Protección de Alimentos se había iniciado en 1986 para llevar a cabo las actividades destinadas a la prevención y el control de las enfermedades transmitidas por los alimentos. Los objetivos del Programa eran lograr un suministro de alimentos que fuera inocuo, sano, nutritivo, agradable y económico; reducir la morbilidad y la mortalidad humanas debidas a las enfermedades transmitidas por los alimentos; reducir las pérdidas y los daños en la producción y comercialización de los alimentos; y mejorar las condiciones para competir en el mercado internacional de alimentos y reducir el rechazo de productos alimentarios por los países importadores. El INPPAZ se encargó de ejecutar el Plan de Acción del Programa bajo la coordinación del Programa Regional de Salud Pública Veterinaria.

El Dr. Estupiñán examinó brevemente las actividades llevadas a cabo de acuerdo con los cinco componentes del Programa, a saber: organización de programas nacionales de protección de alimentos, fortalecimiento de la capacidad de laboratorios para análisis, fortalecimiento de los servicios de inspección, vigilancia de las enfermedades transmitidas por los alimentos y promoción de la protección alimentaria mediante la participación comunitaria. Aclaró que en el documento se incluía información más detallada sobre esas actividades. Durante los bienios 1998-1999 y 2000-2001, se había previsto que el Programa se centrara en las siguientes áreas prioritarias: organización de programas integrados de protección de alimentos en cada país; organización de sistemas

de información para la vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmitidas por los alimentos; incorporación de las normas del Codex Alimentarius; identificación y detección de los contaminantes microbianos; formación de redes de laboratorios con programas de control de calidad; incorporación de la metodología de análisis de peligros en puntos críticos de control (APPCC) en los sistemas de inspección y control; y comunicación y educación para la salud con miras a fomentar la participación comunitaria activa. Se invitó al Subcomité a formular sus comentarios sobre las actividades actuales y futuras del Programa y a sugerir de qué manera podría mejorarse la cooperación técnica de la Organización con relación a la prevención y el control de las enfermedades transmitidas por los alimentos.

El Subcomité expresó su apoyo decidido a la labor del Programa, así como a sus componentes y líneas de acción. El Subcomité también expresó su gratitud al Gobierno de la Argentina, país anfitrión del INPPAZ, por su apoyo y colaboración. Los objetivos se consideraron técnicamente válidos, aunque se sugirió que algunos aspectos de ellos — a saber, velar por el suministro de alimentos a bajo costo, reducir pérdidas y daños en la producción y comercialización de alimentos y mejorar la competitividad en el mercado internacional— quizá vayan más allá del cometido de la Organización. Se señaló que las estadísticas presentadas en el documento no reflejaban la verdadera magnitud del problema de las enfermedades transmitidas por los alimentos, ya que la subnotificación de casos era considerable. Por consiguiente, al Subcomité le complacía observar la importancia que el Programa asignaba a la vigilancia y al fortalecimiento de las capacidades de diagnóstico de laboratorio. Se sugirió que quizá fuese útil para la Organización compilar un inventario de los laboratorios en los países que se ocupan del diagnóstico de las enfermedades transmitidas por los alimentos y de las actividades de vigilancia, para así facilitar el intercambio de información.

También se señaló que, en razón de las diferencias considerables entre los países debidas a problemas y situaciones particulares, así como a su capacidad para hacer frente a las enfermedades transmitidas por los alimentos, quizá sea útil estratificarlos o clasificarlos según sus características para así facilitar la cooperación horizontal y bilateral. Se solicitó aclarar los vínculos de la OPS con otras organizaciones, en especial con la OMS y la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO). Varios delegados también pidieron a la Secretaría proporcionar una actualización sobre el proceso de transferir la responsabilidad de la prevención y el control de las zoonosis del INPPAZ al Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA), de conformidad con la recomendación del grupo de consulta externo que había evaluado el Programa de Salud Pública Veterinaria en 1996. Además, se sugirió que el documento debería prestar mayor atención a los nexos entre el agua y el saneamiento y las enfermedades transmitidas por los alimentos, así como entre el turismo y estas enfermedades.

El Delegado de la Argentina destacó el agradecimiento de su Gobierno al INPPAZ y a su Director, el Dr. Estuppiñán, por el apoyo decidido que el Instituto había dado no solo al sector de la salud en ese país sino también al MERCOSUR. Hizo hincapié en que el INPPAZ estaba cumpliendo eficazmente los propósitos para los cuales se había creado, y se había convertido en un instrumento sumamente valioso de la cooperación técnica para todos los países de la Región. Dijo que su delegación instaba a los delegados de todos los países a visitar el Instituto para observar directamente lo bien que estaba funcionando y para aprovechar la experiencia y los conocimientos técnicos que ofrecía en el ámbito de la protección alimentaria.

El Dr. Estuppiñán estuvo de acuerdo en que el área de las enfermedades transmitidas por los alimentos y la inocuidad de los alimentos claramente se superponía a otras áreas programáticas, en particular las de turismo y agua y saneamiento, y dijo que se recalcarían más esos vínculos en los futuros informes sobre el Programa. En cuanto a los objetivos, señaló que el logro de los objetivos sobre reducción de las pérdidas en la producción y la comercialización y una mayor competitividad ocurriría como consecuencia de los esfuerzos del Programa con relación a los otros objetivos, en particular los de vigilancia y de puesta en práctica de sistemas de inspección y de control más eficaces, como el APPCC. También estuvo totalmente de acuerdo en que no es posible aplicar las mismas medidas y enfoques a todos los países porque sus situaciones y problemas varían; el Programa reconoció ese hecho y lo aplicó a sus actividades de cooperación técnica con los países. En cuanto a los vínculos de la OPS con otros organismos internacionales en el área de la inocuidad de los alimentos, la Organización, por intermedio del INPPAZ, había trabajado en estrecho contacto con la FAO, en particular con relación a los asuntos normativos y reglamentarios, y tanto con la FAO como con la OMS en la aplicación del Codex Alimentarius. También señaló que el INPPAZ había inaugurado recientemente un sitio en la Web con enlaces a las organizaciones y los organismos que trabajaban en el área de la inocuidad y la protección de los alimentos. En lo referente a la sugerencia de elaborar un inventario de los laboratorios, dijo que el INPPAZ tenía información sobre todos los recursos de laboratorio de la Región y que la información existente se había ampliado en una reunión que se celebraría del 8 al 12 de diciembre de 1997 para planificar la organización de una red interamericana de laboratorios.

El Director observó que algunos de los temas presentados al Subcomité eran iniciativas o temas nuevos que exigían debates y medidas de los Cuerpos Directivos, mientras que otros eran programas existentes que se presentaban para examen. Este tema pertenecía a esta última categoría. Los comentarios de los delegados dejaban ver que estaban satisfechos con las orientaciones y las actividades del Programa. El Dr. Alleyne dijo que, personalmente, se sentía algo decepcionado con el progreso logrado hacia el establecimiento de comisiones nacionales eficaces para la protección de alimentos en los países. Pidió a los delegados, que cuando regresaran a sus países, estudiaran la forma de

fomentar una mayor colaboración entre el sector de la salud y el agropecuario y de establecer comisiones que funcionaran adecuadamente.

El fortalecimiento de los laboratorios seguía siendo un elemento fundamental del Programa. El diagnóstico exacto era esencial para determinar los agentes patógenos de las enfermedades transmitidas por los alimentos y para planificar las acciones apropiadas de control. Puesto que la OPS reconocía que el INPPAZ solo no podría nunca abordar todas las necesidades de diagnóstico en las Américas, estaba promoviendo el establecimiento de una red de laboratorios nacionales. Tal como había señalado el Subcomité, el agua solía ser un factor de peso en las enfermedades transmitidas por los alimentos y, por consiguiente, también era necesario que los laboratorios tuvieran la capacidad de evaluar la calidad del agua.

Los datos incluidos en el documento, que indicaban que la mayoría de los alimentos causantes de brotes de enfermedades transmitidas por los alimentos se preparaban en el hogar, ponían de relieve la necesidad crucial de educación sanitaria y de promoción de las buenas prácticas sanitarias a todos los niveles. Si ese resultado se confirmaba cuando se recibieran de los países datos más detallados, la Organización necesitaría ajustar su cooperación técnica en consecuencia, quizás asignando la misma importancia tanto a la educación y la difusión de información como al fortalecimiento de los laboratorios y al diagnóstico.

Sobre el tema de los vínculos con otras organizaciones internacionales, el Director dijo que estaba preocupado, ya que algunos de los debates que tenían lugar en el seno de la Organización Mundial del Comercio y algunas decisiones tomadas por esta quizá no tenían en cuenta debidamente las consecuencias sanitarias de la producción y el comercio de alimentos. A su modo de ver, dijo que debería haber ciertos mecanismos de coordinación entre el sector de la salud y el del comercio para que se tengan en cuenta los intereses relativos a la salud a medida que aumenta el comercio mundial de alimentos.

Finalmente, en respuesta a las preguntas en cuanto a la transferencia de las responsabilidades del INPPAZ al PANAFTOSA, señaló que este último centro todavía no se había reubicado en su nueva sede. La Organización se propone actuar lentamente al transferir la responsabilidad de las zoonosis a PANAFTOSA y esperaría hasta que este centro estuviese en pleno funcionamiento en su nueva sede y, por tanto, en condiciones de aceptar esa responsabilidad. Sin embargo, añadió, el objetivo seguía siendo trasladar las actividades relacionadas con las zoonosis del INPPAZ al PANAFTOSA y hacer de la protección alimentaria la función predominante del Instituto. Reiteró el agradecimiento de la Organización al gobierno de la Argentina por su apoyo financiero, moral y político al INPPAZ.

Comunicación y salud (documento SPP29/6)

La Dra. Gloria Coe (Coordinadora, Unidad de Comunicación para la Salud) describió los enfoques y las actividades de la Organización en el ámbito de la comunicación para la salud, que se habían definido como “un proceso de presentación y evaluación de información educativa que sea persuasiva, atractiva y convincente, y que conduzca a comportamientos sanos desde los puntos de vista individual y social”. En consecuencia, el centro de atención de la comunicación para la salud era el comportamiento. La Dra. Coe expuso la historia de la participación de la OPS y de su compromiso con la comunicación para la salud y los programas de información, que datan de los primeros años de la Organización. Desde entonces, ese compromiso se había reforzado en diversos foros, en especial en la Conferencia sobre Atención Primaria de Salud celebrada en Alma-Ata y en la Conferencia de Promoción de la Salud celebrada en Ottawa en 1986, así como por intermedio de numerosas resoluciones tanto de la OPS como de la OMS. Luego describió dos estudios importantes realizados en los años sesenta, uno en la Universidad de Stanford en los Estados Unidos y el otro en Karelia del Norte (Finlandia), que habían mostrado claramente la eficacia de la comunicación para la salud para luchar contra los comportamientos indeseables y promover la salud.

Debido al éxito demostrado en materia de comunicación para la salud, los proyectos financiados por organismos internacionales y bilaterales, como el Banco Mundial y las Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (AID), ahora solían incluir un componente de comunicación para la salud. En toda la Región, la importancia de la comunicación para la salud cada vez se reconoce más tanto en las instituciones públicas como en el sector privado, que estaba dándose cuenta de que la salud suscita interés. Como resultado, los ministerios de salud se ven enfrentados al reto de elaborar políticas y programas que orienten los esfuerzos de comunicación para la salud y velen por la generación y difusión de información exacta.

Las actividades de cooperación técnica de la OPS en esta esfera se orientaban a ayudar a los Estados Miembros a formular programas eficaces de información y de comunicación para la salud. Las capacidades de comunicación para la salud de la Organización se concentraban en la Unidad de Comunicación para la Salud, dentro de la División de Promoción y Protección de la Salud, y en la Oficina de Información Pública, dependiente de la Oficina del Director Adjunto. Además, había comunicadores que trabajaban en varias representaciones de la OPS/OMS y centros panamericanos. En el documento se describían algunas actividades de cooperación técnica de la Organización con los ministerios de salud, ministerios de educación, universidades y medios de comunicación. Al Subcomité se le pidió comentar el documento y recomendar cambios que considerara apropiados en materia de actividades y enfoques de la OPS con respecto a la comunicación para la salud.

La Sra. Bryna Brennan (Jefa, Oficina de Información Pública) señaló que el documento describía las actividades tanto de la Oficina de Información Pública, cuyas funciones eran la de promover la labor de la Organización y de transmitir mensajes relacionados con la salud, como de la Unidad de Comunicación para la Salud, cuyo interés se centraba más en la promoción de la salud. Invitó al Subcomité a formular sus comentarios, en particular sobre cómo la OPS podría ayudar mejor a los países en la esfera de información pública y cómo podría coordinarse mejor la comunicación para la salud con la promoción de la salud.

El Subcomité elogió a la OPS por reconocer la importancia de la comunicación para la salud como un medio de modificar los comportamientos de los cuales se originan muchos problemas de salud. Se señaló que no todos los profesionales de la salud ni los niveles decisorios estaban convencidos del valor de invertir en la comunicación para la salud, a pesar de que se había demostrado que contribuía a la prevención de las enfermedades y de ese modo disminuirían los costos de la asistencia sanitaria. En consecuencia, una forma mediante la cual la Organización podría ayudar a los países consistiría en llevar a cabo estudios o elaborar indicadores para demostrar la eficacia en función de los costos de la comunicación para la salud. Otra función importante para la OPS sería la de servir de fuente oficial de información fidedigna sobre salud en la salud y apoyar el papel de los ministerios de salud como fuentes primarias de información en el plano nacional. Con el advenimiento de tecnologías como la Internet, grandes segmentos de la población tienen ahora acceso a una cantidad enorme de información sanitaria; aun así, como esa información no siempre era fidedigna y su cuantioso volumen podía ser abrumador, era importante velar por que la gente de los países tuviese acceso a una fuente de información técnica válida.

Se puso de relieve la necesidad de desarrollar técnicas alternativas, preferentemente horizontales, de comunicación para llegar a las comunidades pobres. Se señaló que entre 25 y 30% de la población de América Latina no recibía la información y seguía mal informada. Como consecuencia, había resultado sumamente difícil lograr cambios en los comportamientos y las actitudes con relación a problemas de salud como el cólera, que en algunos grupos de población se habían abordado con éxito por medio de la información pública y las campañas de educación sanitaria. De igual manera, se consideró esencial adaptar los mensajes sobre salud a las características del público destinatario. También se destacaron las diferencias entre América Latina y otras regiones más desarrolladas en el contexto general de la comunicación y la cobertura por los medios de comunicación.

Se señaló que los medios de comunicación podrían ser una herramienta poderosa para transmitir mensajes positivos sobre la salud, pero también podrían subvertir muchos de los cambios buscados por el sector de la salud, a veces por intermedio de mensajes subliminales, como la presentación de personajes de películas o de programas de televisión que fuman. Los jóvenes quizás sean particularmente vulnerables a tales

mensajes. Con relación a la programación de televisión, varios delegados recalcaron el extraordinario potencial de comunicación para la salud de las telenovelas, que se difunden ampliamente en toda la Región.

Dado el poder de los medios de comunicación para influir en los comportamientos y las decisiones de la gente, se consideraba esencial para los gobiernos, y en particular para los ministerios de salud, esforzarse por establecer buenas relaciones y hacer de los medios de comunicación sus aliados. Se sugirió que los gobiernos tenían una doble función con respecto a la comunicación para la salud: una que es la de dar información directamente y llevar a cabo actividades de promoción y protección de la salud, y otra que es la de disipar rumores o exageraciones y corregir información errónea que quizá se difunda por conducto de los medios de comunicación. Esa dualidad a menudo los colocaba en una posición de rivalidad o de conflicto con los medios de comunicación.

Varios delegados describieron las experiencias de comunicación para la salud y las iniciativas en marcha en sus países. Este intercambio de experiencias se consideró sumamente valioso, y se propuso que la OPS estudiara la posibilidad de realizar una “feria de comunicación para la salud”, que se celebraría simultáneamente con una reunión futura del Consejo Directivo, para brindar a los países la oportunidad de presentar sus experiencias y aprender mutuamente.

Con respecto al documento, se sugirió que debería abordar los temas de la comunicación entre los gobiernos y sus ciudadanos y las comunicaciones entre los gobiernos y entre la OPS y los gobiernos, así como la función de la OPS en facilitar la vinculación entre los gobiernos. También se sugirió que debía aclararse la integración y la interacción entre las actividades de comunicación social de la OPS y sus actividades de información pública. El Subcomité consideró que el principal centro de interés de la Organización debería ser la comunicación social, orientada hacia la promoción de la salud, aunque se reconocía la importancia de fortalecer la imagen institucional y la confianza en la OPS. Además, el documento debería prestar más atención al uso de nuevas modalidades de comunicación como la Internet. Finalmente, se sugirió que la sección sobre la cooperación técnica de la Organización proporcionara información más concreta sobre las actividades planificadas o en marcha, en especial las prioridades y los objetivos cuantificables.

La Dra. Coe dijo que la Unidad de Comunicación para la Salud, en colaboración con la Oficina de Información Pública, estaba buscando activamente la forma de trabajar con las comunidades pobres y rurales de difícil acceso, empleando estrategias de comunicación tanto tradicionales como alternativas. Señaló que llegar a esas poblaciones era un gran reto no solo para la OPS sino para el ámbito de la comunicación en su totalidad. Con respecto a la interacción entre su unidad y la Oficina de Información Pública, explicó que el trabajo de las dos esferas se superponía con frecuencia y colaboraban entre sí; sin embargo, se trata de dos programas distintos con diferentes

orientaciones y objetivos. En respuesta a los comentarios sobre los mensajes potencialmente negativos que podrían ser transmitidos por los medios de comunicación, observó que una de las estrategias prioritarias de la OPS era la de promover conocimientos sobre los medios de comunicación en los programas de la escuela primaria y secundaria para ayudar a los jóvenes a decodificar los mensajes de los medios. También reconoció la necesidad de abordar los retos creados por la difusión de información excesiva y a veces incorrecta por conducto de la Internet y otros medios de comunicación. Finalmente, señaló que algunas publicaciones de la Unidad de Comunicación para la Salud y de la Oficina de Información Pública estaban disponibles para los delegados y se enviarían por correo a cualquier país que deseara tenerlas.

El Director dijo que, a su modo de ver, la próxima versión del documento debería abordar solo los aspectos de cooperación técnica del trabajo de la Organización en materia de comunicación para la salud. El objetivo principal de la OPS era el de ayudar a los ministerios de salud a ser más eficaces al transmitir la información que produciría cambios en los comportamientos, las prácticas y las actitudes en relación con la salud, no solo a nivel individual sino en la sociedad en conjunto. La Organización también procuraba ayudar a los ministerios a forjar mejores relaciones con los medios de comunicación para promover la difusión de información exacta y apropiada sobre temas de salud.

Con relación al exceso de información sanitaria disponible por medio de la Internet y otras fuentes, señaló que, en realidad, había un exceso de datos brutos, que no se habían organizado en información que produciría el conocimiento necesario para la toma de decisiones correctas. Recopilar y organizar datos para brindar información útil a los países era otro de los objetivos de la OPS en el área de la comunicación para la salud. En cuanto al problema de la renuencia observada en el sector de la salud a invertir en actividades de comunicación para la salud, sin duda alguna esta renuencia guardaba relación con las actitudes que por mucho tiempo mantuvieron los profesionales de la medicina, que tradicionalmente se mostraban reacios a tratar con los medios de comunicación o a justificar sus acciones ante el público. El cambio de esas actitudes tomaría tiempo, pero la Organización seguiría tratando de persuadir a los trabajadores de salud de que la comunicación para la salud era tan importante como los programas para la prevención y el control de las enfermedades.

Salud de las personas de edad (documento SPP29/4)

La Dra. Martha Peláez (Asesora Regional sobre Envejecimiento y Salud) presentó el nuevo marco conceptual para la cooperación técnica de la OPS en el área de envejecimiento y salud. Señaló que uno de los principales éxitos en el ámbito de la salud del siglo XX era el aumento de la longevidad; sin embargo, con ese éxito había llegado también el reto de formular un nuevo paradigma para abordar las necesidades en materia de salud y mejorar la calidad de vida del número en constante aumento de personas

mayores de 60 años en todos los países de la Región. Lamentablemente, para muchas personas, vivir más tiempo creaba una situación de peligro triple caracterizado por una mayor pobreza, soledad y aislamiento, y acceso limitado a la atención de salud debido a la discriminación por edad. Según el paradigma actual, las personas mayores tendían a considerarse como una carga, y no como recursos capaces de contribuir al desarrollo y al fortalecimiento de la familia y la sociedad.

El programa de cooperación técnica de la OPS tenía como finalidad cambiar esas percepciones y promover el envejecimiento saludable y activo, que según revelaba la investigación estaba estrechamente vinculado a la prevención de las enfermedades y la discapacidad, al mantenimiento de funciones físicas y cognitivas óptimas, y a la participación constante en actividades sociales y productivas. El plan de acción propuesto sobre envejecimiento y salud hacía hincapié en un enfoque holístico, aplicando las perspectivas del Programa Mundial de la OMS sobre el Envejecimiento, a saber: una perspectiva del curso vida, una perspectiva de promoción de la salud, una perspectiva de género, una perspectiva intergeneracional y una perspectiva ética.

El plan incluía tres componentes programáticos principales: 1) una concentración del interés en la salud de las personas mayores, incluido el mejoramiento del acceso a la atención primaria de salud y medidas adecuadas para abordar los problemas de prestación de asistencia e identificación de alternativas comunitarias a la asistencia institucional; 2) la participación de las personas mayores en la promoción de ambientes sanos y modos de vida sanos, integrándolos en el movimiento de las comunidades saludables; y 3) asignar importancia a las personas mayores como agentes del cambio, fomentar las labores de voluntariado entre los ancianos y desarrollar sus aptitudes de promoción de la causa. Las actividades para el período 1998-2002 se concentrarían en seis áreas: 1) investigación y fortalecimiento de la base de información para proporcionar a los Estados Miembros datos e información fiable sobre temas relacionados con la edad; 2) difusión de la información, incluido el fortalecimiento de las redes de información; 3) promoción de la causa y comunicación social, como actividades clave para cambiar los estereotipos acerca del envejecimiento; 4) desarrollo de recursos humanos, especialmente a nivel de la atención primaria, para permitir a los trabajadores de salud afrontar los nuevos retos de atender a una población que envejece; 5) formulación y evaluación de políticas, planes y programas para satisfacer las necesidades actuales e implantar la infraestructura necesaria para abordar necesidades futuras; y 6) movilización de los recursos, sin los cuales ninguna de las otras actividades sería posible. Se pidió al Subcomité formular sus comentarios sobre el nuevo marco conceptual y sobre lo adecuado del plan de acción propuesto.

El Subcomité expresó su apoyo decidido al marco conceptual y al enfoque holístico del tema de la salud y el envejecimiento presentado en el documento. Elogió a la OPS por reconocer que un modelo que combinaba las soluciones tanto sociales como médicas —en lugar de un enfoque estrictamente biomédico— era esencial para satisfacer

las necesidades de los ancianos. Debido a que muchos de los factores que influyen en un envejecimiento sano caen fuera del campo de acción del sector de la salud, la colaboración multisectorial se consideraba esencial. También se consideraba imprescindible tomar medidas inmediatas destinadas a crear la infraestructura necesaria para atender a los ancianos antes de que se sienta el impacto total de la transición demográfica. Una de las áreas más importantes para la acción era el desarrollo de alternativas comunitarias y familiares a la asistencia institucional. En este sentido, los nuevos arreglos para vivienda y organización de la vida cotidiana de una persona —que se fundamentan en la familia nuclear y no en la extendida— se identificaron como factores que contribuyen al aislamiento y a la exclusión de las personas mayores.

Se puso de relieve la importancia de proteger la dignidad de los ancianos, así como la importancia de integrar a las personas mayores plenamente en la sociedad y de darles los instrumentos para contribuir al desarrollo y el bienestar de su familia y de la comunidad. Se recalcó que para los ancianos, así como para la población en general, la salud no consiste solamente en la ausencia de enfermedad, sino que es un estado de completo bienestar físico, mental y social. También se señaló que, en último término, la sociedad en su totalidad se beneficiaba de las medidas que mejorasen la calidad de vida y le diesen mayor dignidad a los ancianos.

Con respecto al documento y a las líneas propuestas de acción, la investigación y la creación de una base de datos sobre envejecimiento se consideraron como prioritarias. Además de recopilar datos sobre la situación de los ancianos, se sugirió que la Organización también compilara información relativa a programas y políticas sobre el envejecimiento para que fuese más fácil compartir experiencias entre los países. Se solicitó más información sobre el desarrollo de recursos humanos y los esfuerzos de la Organización en materia de enseñanza de la gerontología y la geriatría. Se hizo hincapié en la necesidad de incorporar en esa enseñanza el uso de las preparaciones farmacéuticas entre los ancianos y en la nutrición como base para la buena salud, así como también la importancia de ampliar el adiestramiento en atención de los ancianos a todos los profesionales de la salud afines. En el área de la comunicación social y promoción de la causa, se sugirió que una manera de fomentar el cambio en las percepciones acerca del envejecimiento y los ancianos sería promover el desarrollo de una especialidad en el periodismo similar al periodismo de salud, pero asignando particular importancia a los temas relacionados con la edad.

Se destacó la necesidad de dar prioridad a las estrategias de cooperación técnica y adaptarlas a las necesidades de los países. Se señaló que el documento sobre el envejecimiento y la salud, al igual que la mayoría de los otros documentos examinados por el Subcomité, contenía estrategias principalmente genéricas, como la investigación, la promoción de la causa, la difusión de información y movilización de recursos, que son aplicables por igual a todas las líneas de acción de la Organización. En el contexto actual de escasez de recursos, se consideró esencial establecer prioridades claras y planificar la

cooperación técnica para abordar necesidades concretas y brindar apoyo a los países en determinadas áreas.

La Dra. Peláez reconoció la necesidad de la investigación y el valor del intercambio de información entre los países. Añadió que la Organización estaba patrocinando un proyecto de investigación multicéntrico que se esperaba produciría no solo una base sólida de información sobre la situación de los ancianos en los siete países participantes sino también una metodología de utilidad comprobada que permitiría a otros países de la Región emprender estudios epidemiológicos de sus poblaciones de ancianos. Además, el proyecto también proporcionaría elementos para preparar un programa para la cooperación técnica durante los próximos 10 años. Entre otras cosas, el estudio consideraría el estado de nutrición de las personas mayores, la cantidad de actividad física que realizaban, y las “transferencias intergeneracionales”, o sea, la forma en que las personas mayores contribuían al bienestar de sus familias y viceversa. También examinaría el uso de las preparaciones farmacéuticas y las medicinas no tradicionales entre los ancianos, con miras a comprender mejor qué tipo de programas educativos hay que formular para que las personas mayores reciban mejores cuidados y atención más apropiada de los profesionales de la salud.

Uno de los objetivos principales del programa era el de mejorar la atención para los ancianos a nivel de la atención primaria, lo que significaba no solo suministrar a los trabajadores de salud de ese nivel las herramientas que necesitaban para la atención de las personas mayores, sino también formular estrategias para promover el envejecimiento sano. En el área del desarrollo de políticas, el programa estaba colaborando con el Programa sobre Políticas Públicas y Salud para prestar cooperación técnica a la comisión de salud del Parlamento Latinoamericano sobre problemas relacionados con el envejecimiento y para preparar leyes modelo sobre el envejecimiento y la salud. La ubicación del programa de cooperación técnica sobre la salud de los ancianos dentro del Programa de Salud de la Familia y Población y su colaboración horizontal con otros programas de la OPS reflejaba la atención que prestaba a los aspectos intergeneracionales y multisectoriales.

El Director recalcó la necesidad de que el sector de la salud y las organizaciones sanitarias como la OPS tomaran la delantera al abordar la multitud de problemas que surgirían durante los próximos decenios como resultado del envejecimiento de la población en la Región. Para hacerlo, la Organización debería considerar su propia capacidad de respuesta y buscar maneras innovadoras de mejorar su propia capacidad interna a pesar de las limitaciones de recursos. También debía aprovechar las capacidades técnicas y los recursos de otras áreas programáticas, por ejemplo, para recopilación y análisis de los datos. Finalmente, debía afinar su capacidad para presentar propuestas, bien fundadas y estructuradas, para movilizar recursos extrapresupuestarios destinados al trabajo en esta área crítica.

Con respecto a los comentarios sobre las estrategias de cooperación técnica, recalcó que la cooperación técnica de la OPS siempre se planificaba en respuesta a las necesidades y las prioridades determinadas por los países. Observó que todo el tema de las respuestas y las prioridades de cooperación se trataría exhaustivamente en la reunión del Subcomité a celebrarse en marzo de 1998, cuando se examinarían las orientaciones estratégicas y programáticas de la Organización para el próximo cuatrienio. Entretanto, sin embargo, la Secretaría podría hacer más específico el documento en cuanto a las estrategias de cooperación técnica de la OPS en el área de envejecimiento y salud. La próxima versión del documento contendría más información concreta sobre cómo la OPS fortalecería sus propias capacidades internas en esta área, así como sobre la forma en que prestaría cooperación técnica en respuesta a las prioridades nacionales.

Hantavirus (documento SPP29/8)

El Dr. Steven Corber (Director, División de Prevención y Control de Enfermedades) esbozó las actividades que la OPS estaba llevando a cabo en respuesta al problema emergente de la infección por Hantavirus. Recordó que los primeros casos del síndrome pulmonar por Hantavirus (SPH) se habían detectado en el sudoeste de los Estados Unidos en 1993, aunque la existencia de casos anteriores se había demostrado por medio del análisis retrospectivo de muestras de sangre. Desde entonces, habían ocurrido casos en Argentina, Brasil, Chile, Uruguay, Paraguay y Canadá. Otros países se consideraban en riesgo, ya que en la Región había muchas variedades tanto del virus como de los roedores salvajes, que son los reservorios de este.

En septiembre de 1997, el 40.º Consejo Directivo había aprobado una resolución (CD40.R14) por la cual solicitaba al Director que estableciera un grupo de trabajo que emitiera recomendaciones sobre vigilancia epidemiológica, diagnóstico, tratamiento y prevención de infecciones y enfermedades por Hantavirus; apoyara y promoviera la cooperación horizontal entre los Estados Miembros; y preparara un informe a la 25.^a Conferencia Sanitaria Panamericana. El documento presentado al Subcomité era un informe sobre las actividades emprendidas hasta la fecha en cumplimiento de esa resolución.

Dichas actividades incluían asistencia técnica a varios países en respuesta a los brotes; el apoyo financiero a los estudios para identificar el reservorio del virus en la Argentina y aplicación de medidas de control; la organización de una reunión subregional sobre el SPH para distribuir información epidemiológica y determinar las necesidades en materia de laboratorios de diagnóstico, producción de reactivos, investigación y vigilancia epidemiológica; y el auspicio de la cooperación técnica entre países. En diciembre de 1997, la Organización tenía previsto publicar varias guías sobre aspectos clínicos de la enfermedad y sobre los reservorios de los Hantavirus. Durante la primera mitad de 1998 se prepararía una guía técnica más completa sobre los Hantavirus en las Américas, en colaboración con expertos de los países y el grupo de trabajo creado de

conformidad con la resolución CD40.R14. Otras actividades futuras se centrarían en el fortalecimiento de la vigilancia y la capacidad de diagnóstico de laboratorio y promoción de la producción regional de los antígenos necesarios para el diagnóstico de la infección.

El Subcomité consideró la respuesta de la Organización a los Hantavirus como un ejemplo excelente de la capacidad de la OPS para prestar cooperación técnica oportuna y apropiada, así como para facilitar la cooperación técnica entre países. Varios delegados presentaron actualizaciones sobre la situación y las iniciativas recientes en sus países. El Delegado de la Argentina anunció que los ministros de salud de los países del MERCOSUR habían convenido recientemente en formar una comisión coordinadora subregional sobre los Hantavirus. La Delegación de los Estados Unidos informó que el Instituto Nacional de la Alergia y las Enfermedades Infecciosas había diseñado un ensayo clínico y estaba interesado en la posibilidad de incluir a pacientes de América del Sur para un estudio controlado, doble ciego y con placebo de la ribavirina.

Dada la falta de conocimientos acerca del SPH, se consideraba esencial preparar materiales educativos tanto para los profesionales de la salud como para el público en general y llegar a un consenso regional en cuanto a la definición de caso. El fortalecimiento de los laboratorios, en especial el adiestramiento de los recursos humanos y establecimiento de laboratorios de referencia, también se consideraba decisivo. Varios delegados recalcaron la importancia de investigar las condiciones ambientales, en particular el fenómeno de El Niño, que quizá condujera a mayor prevalencia de la enfermedad y exigiese la aplicación de medidas concretas en las zonas fronterizas para prevenir la introducción del SPH. También se recalcó la necesidad de difundir información exacta a objeto de mitigar los temores que suscitaban en el público informes incorrectos o exagerados difundidos por los medios de comunicación.

El Dr. Corber comentó que la experiencia anterior de la Organización para afrontar las enfermedades transmisibles, sus conocimientos sobre las capacidades de los diversos países y los programas de adiestramiento anteriores habían contribuido a que la OPS diera una respuesta rápida a los Hantavirus y fomentara el establecimiento de redes de comunicación y alianzas entre los países. En respuesta a los comentarios sobre el fortalecimiento de los laboratorios y la formulación de una definición de caso, dijo que la OPS estaba trabajando activamente en ambas esferas. Agregó que había actividades en marcha para establecer una red de laboratorios, entre ellos tres laboratorios de referencia, y se había dado apoyo para algunas actividades de adiestramiento. Las dos guías provisionales que se publicarán en diciembre de 1997 y la versión definitiva que se preparará en 1998 ayudarían al adiestramiento y la educación tanto de los trabajadores de salud como del público.

Reconoció la importancia de las condiciones ambientales como factor de transmisión de la enfermedad. Los primeros casos en los Estados Unidos se habían descubierto después de un año de lluvias intensas, que se creía habían puesto a la

población de roedores en más estrecho contacto con la población humana, y de ese modo aumentaba el potencial de exposición al virus. En vista de esa situación, había motivos de preocupación por los posibles efectos de El Niño. La prevención primaria por medio del control de roedores era la clave para detener la propagación del virus. El documento que se publicaría en 1998 contendría recomendaciones sobre los riesgos asociados con los roedores y el control de roedores, así como sobre posibles medidas para aplicarse en las zonas fronterizas.

El Director recalcó la importancia de la cooperación técnica entre países. La Secretaría siempre había considerado que la función adecuada de la Organización era la de facilitar el intercambio y la colaboración. También informó al Subcomité que la Organización estaba formando un grupo de trabajo pequeño para analizar los riesgos que entrañaba El Niño, en especial la posibilidad de una recrudescencia del SPH causada por las condiciones climáticas y los cambios ecológicos. Más adelante se ampliaría la información sobre el grupo de estudio.

Otros asuntos

El Director recordó al Subcomité que, de conformidad con una decisión tomada por la 121.^a sesión del Comité Ejecutivo, la próxima sesión del Subcomité se celebraría los días 30 y 31 de marzo de 1998. Uno de los temas más importantes sobre el programa sería la propuesta de orientaciones estratégicas y programáticas para 1999-2002, que la Secretaría estaba redactando en consulta con representantes de cada país de la Región.

También señaló que el congreso bienal de la Unión Latinoamericana contra las Enfermedades de Transmisión Sexual (ULACETS) iba a celebrarse en Lima (Perú) durante la primera semana de diciembre. El SIDA sería un tema importante de discusión de esa reunión, y por lo general se invitaba a los directores de los programas nacionales contra el SIDA a que asistieran como representantes oficiales de sus gobiernos. Sin embargo, estaba algo preocupado, ya que varios directores de programas nacionales contra el SIDA de algunos países habían formado recientemente un grupo horizontal de cooperación técnica que, temía, quizá estuviese asumiendo algunas responsabilidades que incumbían a los Cuerpos Directivos de la Organización. Si bien la OPS apoyaba con entusiasmo las iniciativas horizontales de cooperación, no quisiera que la autoridad de los gobiernos se viera socavada. Escribiría a los ministros de salud para expresar formalmente sus inquietudes, pero invitaba a los Miembros del Subcomité a opinar sobre la situación.

La mayoría de los Miembros del Subcomité desconocían la existencia del grupo e indicaron que sus directores de programas nacionales contra el SIDA asistirían a la reunión de Lima como representantes de sus gobiernos. Se señaló que los directores nacionales estaban sujetos a la autoridad de los ministros de salud y estaban obligados a apoyar las políticas establecidas por su ministerio respectivo. Varios delegados señalaron

que la inquietud planteada por el Director ponía de relieve la necesidad de reexaminar el tema más amplio de la cooperación internacional y la naturaleza de las relaciones de la OPS con los ministerios de salud, en particular en vista de la función cada vez más prominente desempeñada por las ONG. Se recalcó la necesidad de crear verdaderas alianzas, en lugar de relaciones de dependencia, entre la Organización y los ministerios. Se sugirió que estos temas se examinaran como parte del debate de las orientaciones estratégicas y programáticas en la próxima reunión del Subcomité.

CLAUSURA DE LA SESIÓN

El Presidente expresó su agradecimiento a los Miembros del Subcomité por la confianza que habían depositado en él al haberlo elegido. Luego agradeció a las autoridades y a los delegados sus valiosas contribuciones y declaró clausurada la sesión.

Anexos



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



SUBCOMITÉ DE PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

29.^a sesión, 1 y 2 de diciembre de 1997

SPP29/FR (Esp.)
Anexo A

ORDEN DEL DÍA

No. del documento

- | | | |
|-----|--|-------------------------------|
| 1. | Apertura de la sesión | |
| 2. | Elección del Presidente, el Vicepresidente y el Relator | |
| 3. | Adopción del orden del día y del programa de reuniones | SPP29/1, Corrig. y SPP29/WP/1 |
| 4. | Prevención y control del consumo de tabaco | SPP29/3 |
| 5. | Salud de las personas de edad | SPP29/4 |
| 6. | Vigilancia y prevención de las enfermedades transmitidas por los alimentos | SPP29/5 |
| 7. | Comunicación y salud | SPP29/6 |
| 8. | Salud y turismo | SPP29/7 |
| 9. | Hantavirus | SPP29/8 |
| 10. | Otros asuntos | |



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



SUBCOMITÉ DE PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

29.^a sesión, 1 y 2 de diciembre de 1997

SPP29/FR (Esp.)
Anexo B

LISTA DE DOCUMENTOS

No. de documento

Título

DOCUMENTOS DE TRABAJO

SPP29/1, Corrig.	Orden del día provisional
SPP29/2, Rev. 1	Lista provisional de participantes
SPP29/3	Prevención y control del consumo del tabaco
SPP29/4	La salud de las personas de edad
SPP29/5	Vigilancia y prevención de las enfermedades transmitidas por los alimentos
SPP29/6	Comunicación y salud
SPP29/7	Salud y turismo
SPP29/8	Hantavirus

INFORMACIÓN

Reglamento interno para sesiones



PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION
WORLD HEALTH ORGANIZATION



SUBCOMMITTEE ON PLANNING AND PROGRAMMING OF THE EXECUTIVE COMMITTEE

29th Session, 1-2 December 1997

SPP29/FR (Esp.)
Anexo C

**LIST OF PARTICIPANTS
LISTA DE PARTICIPANTES**

**MEMBERS OF THE SUBCOMMITTEE
MIEMBROS DEL SUBCOMITÉ**

ARGENTINA

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

BAHAMAS

Dr. Ronald Knowles
Minister of Health
Ministry of Health
Nassau

Dr. Mercelene Dahl-Regis
Chief Medical Officer
Ministry of Health
Nassau

CANADA

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

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

COLOMBIA

Sra. Diana Serpa
Representante Alterno
Misión de Colombia ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

ECUADOR

Dr. Asdrúbal de la Torre
Ministro de Salud Pública
Ministerio de Salud Pública
Quito

Dr. Miguel Almeida
Asesor del Ministro de Salud
Ministerio de Salud Pública
Quito

PANAMA

Dra. Aída Moreno de Rivera
Ministra de Salud
Ministerio de Salud
Ciudad de Panamá

PERU

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

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

UNITED STATES OF AMERICA
ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

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

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

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

**OTHER MEMBER GOVERNMENTS
OTROS GOBIERNOS MIEMBROS**

**ANTIGUA AND BARBUDA
ANTIGUA Y BARBUDA**

Ms. Olive Gardner
Principal Nursing Officer
Ministry of Health and Civil Service Affairs
St. John's

**BRAZIL
BRASIL**

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

CHILE

Dr. Carlos Anríquez
Jefe, Oficina de Cooperación y Asuntos Internacionales
Ministerio de Salud
Santiago

CUBA

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

Sr. Rafael Noriega
Primer Secretario
Sección de Intereses de Cuba
Washington, D.C.

**PAN AMERICAN SANITARY BUREAU
OFICINA SANITARIA PANAMERICANA**

***Secretary ex officio of the Session
Secretario ex officio de la Sesión***

Sir George Alleyne
Director

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

Dr. David Brandling-Bennett
Deputy Director

Dr. Mirta Roses
Assistant Director

Mr. Thomas Tracy
Chief of Administration

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

Mr. Horst Otterstetter
Director, Division of Health and Environment

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

Dr. José A. Solís
Acting Director, Division of Health Promotion and Protection

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

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

Dr. Irene Klinger
Chief, Office of External Relations

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

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

Technical Secretary
Secretario Técnico

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

Chief, Legal Office
Jefe, Oficina de Asuntos Jurídicos

Dr. Heidi Jiménez

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

Mr. César A. Portocarrero

Chief, Conference Services
Jefe, Servicio de Conferencias

Ms. Janice A. Barahona



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



**SUBCOMITÉ DE PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN
DEL COMITÉ EJECUTIVO**

30.^a sesión, 30 y 31 de marzo de 1998

SPP30/FR (Esp.)
31 marzo 1998
ORIGINAL: ESPAÑOL

INFORME FINAL

CONTENIDO

Página

Apertura de la sesión.....	3
Adopción del orden del día y del programa de reuniones.....	4
Presentación y debate de los temas	4
Población y salud reproductiva	4
Anteproyecto del presupuesto por programas de la Organización Mundial de la Salud para la Región de las Américas para el ejercicio 2000-2001	7
Mitigación de desastres en las instalaciones de salud	10
Orientaciones estratégicas y programáticas para la Oficina Sanitaria Panamericana, 1999-2002.....	13
Cambio climático y enfermedades infecciosas: consecuencias del fenómeno El Niño	18
La cooperación técnica entre países: panamericanismo en el siglo XXI	20
Bioética.....	24
Programa de Publicaciones de la OPS	27
Otros asuntos	29
Clausura de la sesión.....	29
Anexo A: Orden del día	
Anexo B: Lista de documentos	
Anexo C: Lista de participantes	

INFORME FINAL

La 30.^a Sesión del Subcomité de Planificación y Programación del Comité Ejecutivo se celebró en la sede de la Organización Panamericana de la Salud en Washington, D.C., los días 30 y 31 de marzo de 1998.

La sesión contó con la asistencia de los delegados de los siguientes Miembros del Subcomité elegidos por el Comité Ejecutivo o designados por el Director: Argentina, Bahamas, Canadá, Ecuador, Estados Unidos de América, Panamá y Perú. También estuvieron presentes observadores por Antigua y Barbuda, Bolivia, Chile, Cuba y México.

MESA DIRECTIVA

Los Miembros elegidos por el Subcomité para formar la Mesa Directiva en su 29.^a Sesión, en diciembre de 1997, siguieron ocupando sus cargos respectivos:

<i>Presidente:</i>	Bahamas	Dra. Merceline Dahl-Regis
<i>Vicepresidente:</i>	Ecuador	Dr. Rafael A. Veintimilla
<i>Relator:</i>	Perú	Dr. Pablo Augusto Meloni

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

APERTURA DE LA SESIÓN

La Presidenta inauguró la sesión y dio la bienvenida a los participantes. El Director también dio la bienvenida a los participantes y, en beneficio de los recién incorporados al Subcomité, hizo un recuento de la historia y finalidades de este, señalando que proporcionaba un entorno relativamente informal a los Estados Miembros para tratar asuntos de política y programáticos y aportar retroalimentación valiosa para las reuniones futuras de los Cuerpos Directivos. Alentó a todos los miembros y observadores a que expresaran sus puntos de vista durante el examen de los documentos y las ponencias. También alentó a los participantes a que consideraran los documentos presentados al Subcomité como obras en curso, que se someterían a modificaciones basándose en las observaciones de dicho órgano. Finalmente, señaló que, como se había indicado en las reuniones anteriores del Subcomité, algunos documentos se presentaban solo para fines de información y no era necesario remitirlos a los Cuerpos Directivos.

ADOPCIÓN DEL ORDEN DEL DÍA Y DEL PROGRAMA DE REUNIONES (documentos SPP30/1, Rev. 1 y SPP30/WP/1)

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

PRESENTACIÓN Y DEBATE DE LOS TEMAS

Población y salud reproductiva (documento SPP30/8)

La Sra. Carol Collado (Coordinadora Interina, Programa de Salud de la Familia y Población) examinó el desarrollo del concepto de la salud reproductiva y los adelantos logrados en esta área, y luego pasó a describir las actividades de la OPS para promover la salud reproductiva en la Región. La funcionaria señaló que el término “salud reproductiva” originalmente se había usado para designar los servicios de planificación de la familia, haciendo hincapié en el aspecto de población. Sin embargo, en conformidad con la definición ampliada actual —formulada en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) en 1994 y basada en la definición de salud de la OMS—, la salud reproductiva se concebía como “un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos”. Por lo tanto, la salud reproductiva es un proceso de toda la vida y parte integrante del desarrollo humano, y el foco de interés de las actividades en materia de salud reproductiva se había alejado del nivel de población para concentrarse más en el individuo y la defensa de los derechos humanos y la libre determinación de cada persona.

Este concepto ampliado requería nuevos enfoques por parte de la OPS y los Estados Miembros para promover y mejorar la salud reproductiva de los pueblos de la Región. La planificación de salud reproductiva debe incorporar un enfoque multisectorial, incluir actividades a lo largo del ciclo de vida y considerar los planos individual, familiar, comunitario y de población. Un conjunto de servicios integrados de salud reproductiva debía incluir educación sexual y orientación; actividades de maternidad sin riesgo; control de las enfermedades de transmisión sexual, incluido el cáncer cervicouterino; atención de las complicaciones de los abortos practicados en condiciones de riesgo, reconociendo que constituyen un grave problema de salud pública; una perspectiva de género, incluida la atención de las necesidades de los hombres en materia de salud reproductiva; planificación de la familia y orientación; y atención de otras necesidades en materia de salud relacionadas con la reproducción.

El marco para las actividades de la OPS con relación a la salud reproductiva lo proporcionaban las diversas políticas y planes de acción en materia de población, salud reproductiva, planificación de la familia y mortalidad materna adoptados en el último

decenio por los Cuerpos Directivos. Además, la Organización tenía el mandato de apoyar y promover las decisiones internacionales adoptadas en conferencias tales como la CIPD, la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, y otras. El punto de vista global que la OPS tiene de la Región y su relación con los países y sus instituciones, la sitúan en una posición ideal para servir de catalizador y ayudar a los países a lograr una visión integrada de la salud reproductiva que promueva la calidad de vida y el desarrollo sostenible. Los resultados que la OPS esperaba lograr mediante los esfuerzos concertados para mejorar la salud reproductiva en los países incluían políticas más claras y pautas legislativas; modelos de atención de salud que ofrecieran calidad, atención apropiada, acceso a los grupos subatendidos y servicios fáciles de usar; reducción de los índices de los problemas de salud prevalentes; y una población más sana, mejor informada y con más poder de decisión.

El documento examinado contenía un conjunto de recomendaciones para la acción en los países encaminadas a promover la salud reproductiva y mejorar los servicios de salud reproductiva. Se pidió al Subcomité que formulara sus comentarios acerca de las recomendaciones y el documento en su totalidad, y que sugiriese posibles formas de mejorarlo.

El Subcomité estuvo de acuerdo en que el documento presentaba una descripción exacta y completa de los principales factores que influían en la salud reproductiva, y apoyó los resultados que la OPS esperaba lograr. Sin embargo, consideró que el documento debería contener información más específica sobre cómo pretende la Organización poner en práctica las ideas esbozadas en el documento y cómo serviría de catalizador para la acción en los países. Varios delegados dijeron que una función clave de la OPS era difundir la información sobre los modelos de atención de la salud reproductiva que se apliquen en los países, tanto los que tengan éxito como los que fracasen, para permitir a los países aprender de esas experiencias y adaptar satisfactoriamente los modelos a sus propias necesidades. Se sugirió que en la próxima versión del documento podrían incluirse estudios de casos de los modelos y mejores prácticas.

Diversos delegados recalcaron que la OPS debía procurar fortalecer y apoyar a los programas nacionales de salud reproductiva para que alcanzaran los objetivos que ellos mismos habían establecido. Se subrayó la necesidad de respetar los valores culturales y las leyes vigentes en los países. Con respecto a las leyes, se señaló que era difícil legislar en materia de derechos y prácticas de salud reproductiva, y se sugirió que quizá fuese mejor, en las recomendaciones y los resultados previstos, omitir o cambiar las referencias a los instrumentos legislativos y las normas.

Se aplaudió el enfoque multisectorial propugnado en el documento, así como la insistencia en prestar servicios apropiados de salud reproductiva a los hombres y los

niños. Se señaló que el cáncer cervicouterino era un problema de salud reproductiva cada vez más importante en la subregión del Caribe y se sugirió que esta enfermedad fuese incluida entre los problemas tratados en el documento. También se consideró que el documento debía dar más relieve a la calidad de la atención en los servicios de salud reproductiva y al monitoreo de la calidad y la elaboración de instrumentos para permitir que los países detectaran oportunamente los problemas. Se hicieron preguntas en lo referente a la colaboración de la OPS con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) y la participación de la Organización en el examen quinquenal que había emprendido la Comisión de Población y Desarrollo de las Naciones Unidas como seguimiento de la CIPD.

La Sra. Collado estuvo de acuerdo con la sugerencia de clarificar la sección del documento que trata de la función de la OPS y describir sus actividades en términos más concretos. También, dijo, era importante distribuir información sobre las experiencias infructuosas para permitir que otros países aprendieran de ellas y utilizaran los recursos más eficazmente. La Organización estaba empeñada en facilitar la acción en los países, y una de las formas en que lo hacía era mediante la difusión de las experiencias fructíferas. También concordó en que la calidad era un buen acicate para movilizar a todos los actores que intervienen en la salud reproductiva, y citó los resultados de un proyecto conjunto de la OPS/FNUAP que había examinado la calidad de la asistencia en las instituciones de atención de la salud reproductiva. En un hospital de maternidad, se comprobó que la tasa de uso del hospital se había duplicado como resultado del mejoramiento en la calidad de la atención y la coordinación con diferentes entidades de la comunidad. La OPS estaba difundiendo información sobre esa experiencia a otros países, que quizá podrían adaptarla a su propia situación.

En respuesta a las preguntas sobre la colaboración de la OPS con el FNUAP, la funcionaria dijo que la Organización estaba trabajando con dicho organismo en proyectos regionales y de país sobre la calidad de la atención, la educación de los profesionales de la salud en salud reproductiva, la salud sexual y reproductiva de los adolescentes y otras áreas. La próxima versión del documento contendría más información sobre las iniciativas conjuntas con otros organismos. En lo que se refiere al seguimiento quinquenal de la CIPD, la Secretaría, por conducto de la OMS, había aportado alguna información para los documentos que se estaban preparando y recibiría con beneplácito la oportunidad de participar más en ese proceso. En cuanto a los comentarios relacionados con el cáncer cervicouterino, la Sra. Collado dijo que, al revisar el documento, el Programa tendría en cuenta la sugerencia de que esta enfermedad se incluyese entre los problemas y los indicadores de salud reproductiva; también señaló que el Programa de Salud de la Familia y Población estaba colaborando estrechamente con la unidad de la OPS que estaba elaborando un plan de acción contra el cáncer cervicouterino.

El Director señaló que la salud reproductiva era un tema muy amplio, hasta tal punto que a veces parecía abarcar prácticamente todos los aspectos de la vida. La Secretaría había intentado tocar sólo los temas pertinentes al área de la salud reproductiva en sí misma y que estuvieran dentro de la esfera de acción de la Organización, como la definen los Cuerpos Directivos. De lo contrario, sería imposible actuar eficazmente o elaborar indicadores para reflejar los adelantos logrados. La cooperación técnica de la OPS en esta área dependía de las prioridades y los objetivos determinados por los países y de las normas culturales y prácticas de estos. La Organización nunca participaría en ninguna iniciativa que no respetase la cultura y las tradiciones de cada país. De igual manera, no trataba de influir en las leyes nacionales; la función de la OPS a este respecto se limitaba a proporcionar modelos legislativos e información acerca de las leyes sobre la salud reproductiva existentes en los países, a fin de que los legisladores nacionales los estudien y adapten a sus propias finalidades.

La Secretaría consideraba que los puntos fuertes de la cooperación técnica de la OPS en esta área eran su capacidad de promoción de la causa para abordar problemas concretos en determinados países, la movilización de recursos a nivel tanto internacional como nacional y el apoyo al adiestramiento y la investigación. En la versión revisada del documento la Secretaría trataría de ser más específica en cuanto a las mejores prácticas y los modelos fructíferos de atención de la salud reproductiva y las áreas prioritarias para la acción regional.

Anteproyecto de presupuesto por programas de la Organización Mundial de la Salud para la Región de las Américas para el ejercicio 2000-2001 (documento SPP30/10)

El Sr. Michael Usnick (Jefe de Presupuesto) presentó este tema. Recordó al Subcomité que el documento contenía únicamente el proyecto de presupuesto correspondiente a la parte aportada por la OMS al presupuesto por programas de la Región de las Américas para el ejercicio 2000-2001. El presupuesto combinado de la OPS y la OMS para dicho ejercicio se presentaría a los Cuerpos Directivos en 1999. Las instrucciones del Director General de la OMS eran que en general no hubiese crecimiento de los programas y que los proyectos de presupuesto regionales se presentasen sin aumentos de costos obligatorios o inflacionarios con respecto al presupuesto por programas correspondiente a 1998-1999. En consecuencia, la asignación propuesta para las Américas era de US\$ 82.686.000.

El Sr. Usnick también señaló a la atención del Subcomité la resolución EB101.R10, adoptada por el Consejo Ejecutivo de la OMS en enero de 1998, destacando que, si esta resolución era adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 1998, podría afectar significativamente la asignación de los presupuestos regionales. La resolución pretendía establecer criterios más objetivos y equitativos para establecer las

asignaciones, que anteriormente se venían fijando sobre la base de los antecedentes y la práctica anterior. Un grupo de expertos había elaborado dos modelos para reasignar los presupuestos regionales. El modelo aprobado por el Consejo utilizaría el índice de desarrollo humano (IDH) del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, ajustado para el número de habitantes y, quizá, el nivel de la cobertura de vacunación. La aplicación de este criterio daría lugar a reducciones considerables en la asignación de presupuestos de la OMS a varias regiones, con lo cual se podría redistribuir una proporción más grande de los fondos a África y Europa oriental, donde las condiciones socioeconómicas se habían deteriorado notablemente en el último decenio. La asignación para las Américas disminuiría 19,6%, o sea \$16,2 millones para el ejercicio 2000-2001. La reducción sería aun mayor para algunas otras regiones (casi 50% en el caso del Asia Sudoriental).

Aun cuando la Secretaría apoyaba el principio de la equidad y de dar mayor apoyo a los países más necesitados, le preocupaba que la resolución solo pedía la reasignación de los presupuestos regionales; no se vería afectado el presupuesto de la sede de la OMS. Si la Sede fuera a participar en el ajuste, reduciendo su presupuesto en 12,5%, o sea \$35 millones, la repercusión sobre las regiones sería mucho menor (13,1% frente a 19,6% para las Américas), y no se afectaría el presupuesto total de la OMS.

El Director sugirió que el debate del Subcomité se centrara principalmente en el método de reasignación del presupuesto según la resolución EB101.R10, habida cuenta de que ya se había fijado el proyecto de presupuesto regional y, por tanto, había poco que discutir hasta 1999, cuando se presentaría el presupuesto combinado. En cuanto a las reasignaciones propuestas, señaló que, si bien todos estaban de acuerdo en que se precisaba un cambio para lograr que las asignaciones del presupuesto de la OMS fuesen más equitativas y de que se necesitaba prestar más atención a África, había inconformidad acerca de cómo debía realizarse la reasignación. La Secretaría de la OPS tenía tres objeciones principales al método propuesto por el grupo de expertos de la OMS, a saber: daría lugar a recortes presupuestarios drásticos en algunas regiones; la sede de la OMS no participaría en la reducción; y, a criterio de la Secretaría, el modelo de reasignación basado en el IDH era imperfecto.

En el debate subsiguiente, la mayoría de los delegados estuvieron de acuerdo en que el método de reasignación era injusto. Aunque todos los delegados estuvieron de acuerdo en la necesidad de una distribución más equitativa del presupuesto, varios observaron que la reasignación propuesta por el Consejo Ejecutivo parecía castigar a las regiones que habían logrado los mayores adelantos en el mejoramiento de la situación sanitaria. Además, se señaló que las cifras regionales tendían a ocultar las diferencias entre los países y que las condiciones en algunos países de las Américas era similares a las de algunos países africanos. Se sugirió que el criterio regional quizá no fuese el más apropiado para la reasignación porque no consideraba las extraordinarias disparidades e

inequidades que existían dentro de las regiones, especialmente la de las Américas. También se propuso que la OPS debía examinar otros criterios y posiblemente preparar una propuesta alternativa.

Un delegado recalcó la necesidad de tener en cuenta todos los recursos disponibles para la cooperación técnica en el área de la salud, incluidos los recursos extrapresupuestarios y bilaterales, y concentrarse en hacer el uso más eficaz posible de los recursos escasos. Señaló que el debate suscitado por la resolución EB101R.10 en el seno de la OMS y la OPS no debe considerarse como una competición por los recursos, sino como una oportunidad de reexaminar la cooperación internacional y la forma como se asignaban los recursos correspondientes. Otro delegado señaló que todos los miembros del Consejo Ejecutivo pertenecientes a la Región de las Américas habían votado a favor de la resolución. Expresó la inquietud de que si el método de reasignación no fuese aprobado por la Asamblea Mundial de la Salud, se perdería la oportunidad de lograr reformas significativas de la OMS —que todos consideraban necesarias— hasta el bienio 2003-2004. También señaló que la resolución daba un cierto grado de flexibilidad, que permitiría modificar la fórmula y remediar las anomalías, en particular la reducción propuesta de 48% en la asignación para Asia Sudoriental. Otros delegados respondieron que la decisión de votar en favor de la resolución se había tomado después de un largo debate del Consejo Ejecutivo y había sido el resultado más bien de la necesidad de concluir el debate que de la convicción de que la fórmula propuesta constituía la mejor manera de reasignar los recursos.

El Delegado de los Estados Unidos de América dijo que, al igual que en el bienio 1998-1999, su Gobierno nuevamente se opondría a cualquier aumento de los presupuestos tanto de la OMS como de la OPS y, en realidad, se afanaría por lograr reducciones que facilitasen a muchos Estados Miembros, incluido el propio, a cumplir con sus obligaciones de pago de cuotas. También solicitó más información sobre la forma como la Secretaría pretendía distribuir los fondos entre los programas y cuáles programas recibirían prioridad considerando las reasignaciones propuestas a las regiones.

El Sr. Usnick dijo que la Secretaría no estaba enterada de ningún plan para aumentar el presupuesto de la OMS y reiteró que el nivel de planificación inicial establecido por el Director General prescribía que no hubiese aumento de costos.

En respuesta a la pregunta tocante a las prioridades, el Director dijo que no podía dar una respuesta definitiva hasta que se hubiese preparado el presupuesto combinado de la OPS y la OMS. Sin embargo, varias áreas sin duda seguirían recibiendo atención prioritaria, incluidos los servicios de salud, la renovación de la iniciativa de salud para todos, la salud de los adolescentes y otros. Además, como siempre, la Secretaría sería consciente de las prioridades determinadas por el Consejo Ejecutivo, aunque él y otros dentro de la OPS ponían en tela de juicio la conveniencia de fijar prioridades a nivel

mundial y creía firmemente que la Organización debía responder a las prioridades establecidas por los países.

Si bien comprendía las dificultades que algunos países estaban teniendo para cumplir con sus obligaciones de pago de cuotas, el Dr. Alleyne dijo que pecaría de negligencia si no hiciera todo lo posible por evitar cualquier reducción del presupuesto de la OPS. Sin financiamiento suficiente, la Organización sencillamente no podría atender las necesidades crecientes de cooperación técnica en la Región ni llevaría a cabo los programas aprobados por los Estados Miembros.

En cuanto a la reasignación propuesta del presupuesto, estaba de acuerdo en que había llegado el momento de reexaminar la distribución de los recursos entre las regiones. Sin embargo, no estaba de acuerdo con la fórmula propuesta para hacerlo. Según había señalado en la reunión del Consejo Ejecutivo, el índice de desarrollo humano no era un indicador apropiado para la asignación de recursos. No se había concebido para esa finalidad y era un mal indicador de la equidad. Debería encontrarse una fórmula que tuviese en cuenta las inequidades dentro de las regiones. Para llegar a un criterio más equitativo, era necesario reconocer que la OMS y la OPS no eran instituciones de financiamiento y considerar el potencial de la movilización de recursos dentro de las regiones, particularmente en el caso de la Región de Europa. Debía promoverse la solidaridad interregional. Al mismo tiempo, las regiones que habían hecho un uso eficaz de sus recursos y habían tenido éxito en promover la colaboración interregional no debían resultar castigadas en el proceso de reasignación. Es más, no podría haber equidad si la sede de la OMS no compartiera las reducciones del presupuesto. La equidad significaba no solo que todos debían compartir las ganancias, sino también que todos debían compartir las penurias. Sobre todo, era esencial aplicar el sentido común y nunca perder de vista el hecho de que los Estados Miembros eran los actores más importantes en el proceso. La Secretaría presentaría un documento más detallado en la sesión del Comité Ejecutivo en junio de 1998, en el que se explorarían algunos criterios que podrían adoptarse para asignar más equitativamente los recursos de la OMS.

Mitigación de desastres en las instalaciones de salud (documento SPP30/6)

El Dr. Claude de Ville de Goyet (Jefe, Programa de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre) describió las actividades de la Organización para promover las medidas de mitigación de desastres en los hospitales y otros establecimientos de salud, y esbozó las bases de un plan de acción de la OPS para la mitigación de desastres. El motivo de preocupación principal de la Organización era el efecto sanitario del daño o la destrucción de los establecimientos de salud por los desastres naturales, incluida no solo la lesión o la muerte inmediata de las personas dentro del establecimiento cuando lo azotaba un desastre, sino también las repercusiones a largo plazo que suponía el no poder disponer del establecimiento de salud para proporcionar atención durante el período de urgencia y posteriormente. Las investigaciones habían confirmado que el costo de aplicar las medidas de mitigación de desastres antes de un desastre era pequeño si se comparaba con el costo de la reconstrucción o la reparación de los hospitales y de otros establecimientos de salud con posterioridad al suceso. No obstante, a pesar de las pruebas de los beneficios de la mitigación de desastres y la existencia en la Región de considerable capacidad técnica en el análisis de vulnerabilidades y los métodos de mitigación, seguía habiendo una falta de compromiso político multisectorial de alto nivel y de asignación de los recursos para reducir la vulnerabilidad de los establecimientos de salud.

En respuesta a la proclamación del Decenio Internacional para la Reducción de los Desastres Naturales (1990-1999) y las recomendaciones de la Conferencia Internacional sobre la Mitigación de Desastres en las Instalaciones de Salud (celebrada en México en 1996), la OPS había emprendido un esfuerzo interprogramático para preparar materiales técnicos y normas generales que sirvieran de herramientas básicas para la adopción de medidas de mitigación de desastres en los establecimientos hospitalarios y de salud tanto en construcción como existentes. El plan de acción interprogramático esbozado en el documento se orientaba a promover la puesta en práctica total de las recomendaciones de la Conferencia y lograr la institucionalización de la mitigación de desastres en los planes de desarrollo del sector sanitario de los Estados Miembros. Las actividades prescritas por el plan se concentrarían en tres áreas principales: promoción de la coordinación institucional e inclusión de los criterios de mitigación de desastres en los programas de acreditación, mantenimiento y mejora del hospital; refuerzo de las políticas y programas para la mitigación de desastres; y adiestramiento y difusión de información, especialmente por conducto del Centro Colaborador de la OPS/OMS para la Mitigación de Desastres en los Establecimientos de Salud.

El apoyo político multisectorial a los más altos niveles era esencial para reducir eficazmente la vulnerabilidad a los desastres en los establecimientos sanitarios de la Región. La OPS seguiría trabajando —y seguiría buscando la colaboración de los funcionarios de salud nacionales— para lograr que la mitigación de desastres recibiera la

debida atención en las cumbres presidenciales y otras reuniones de alto nivel en la Región, y que la mitigación de desastres y los criterios de reducción de la vulnerabilidad se incluyeran en todos los proyectos de infraestructura sanitaria financiados por los bancos internacionales de desarrollo y otros organismos de financiamiento. Se solicitaba al Subcomité que formulara sus comentarios sobre las estrategias y el plan de acción presentados en el documento.

El Subcomité elogió a la OPS, en particular al Programa sobre los Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre, por su liderazgo en el área de la mitigación y respuesta frente a los desastres, y expresó el apoyo unánime a sus esfuerzos para promover la adopción de medidas de mitigación de desastres en los establecimientos de salud de la Región. Varios delegados recalcaron la naturaleza compleja y multisectorial de la mitigación de desastres y la necesidad consiguiente de movilizar el apoyo político y promover una cultura de la mitigación de desastres. Hay que persuadir a los líderes políticos del costo elevado, en términos tanto económicos como políticos, de no tomar medidas para reducir la vulnerabilidad de los establecimientos de salud. Se subrayó la necesidad de reducir tanto la vulnerabilidad funcional como la estructural de los establecimientos de salud para proteger su capacidad de respuesta, así como la necesidad de adiestramiento del personal en el área de preparativos para casos de desastre.

Se señaló que el documento se centraba casi exclusivamente en los hospitales y tomaba muy poco en cuenta que estos dependían en gran medida de los servicios comunitarios como el transporte, los caminos y el abastecimiento de agua potable. La reducción de la vulnerabilidad de dichos servicios se consideraba un aspecto esencial de la mitigación de los desastres y la protección de la capacidad de los hospitales de prestar atención oportuna con posterioridad a un desastre. En este sentido, varios delegados observaron que si las instituciones de crédito estaban convencidas de la importancia de la mitigación de desastres en los establecimientos de salud, podrían incorporar criterios de mitigación de desastres en otros proyectos de construcción y de infraestructura que financiaran, cosa que ayudaría a reducir aun más las muertes, las lesiones y los daños causados por los desastres. En condiciones ideales, la mitigación de desastres se incorporaría enteramente en la planificación urbana.

El Dr. de Ville dijo que los bancos de desarrollo internacional tendían a considerarse estrictamente como instituciones de crédito y, por ende, consideraban que no les competía fijar criterios en relación con el mantenimiento preventivo y la mitigación de desastres. Señaló que los países miembros de los bancos, especialmente los que eran potencias económicas, podrían tener considerable influencia en este sentido. Al mismo tiempo, los ministerios de salud a nivel nacional debían seguir preconizando la incorporación de los criterios adecuados en los proyectos de infraestructura financiados por las instituciones internacionales de crédito. El funcionario estuvo de acuerdo en que,

idealmente, la mitigación de desastres debía abarcar todos los edificios y viviendas e incorporarse en la planificación urbana. Sin embargo, como organización sanitaria con recursos limitados, la OPS creía que debía limitar sus actividades a las áreas que dominaba, de ahí que la atención se concentrara en los hospitales y otros establecimientos de salud. Reiteró que para extender el concepto de la mitigación de desastres a otros sectores se requeriría un apoyo político amplio y de alto nivel. La Organización utilizaría una reunión internacional —prevista para 1999 como medio de señalar el fin del Decenio Internacional para la Reducción de los Desastres Naturales— como un foro para promover la adopción de las recomendaciones de la conferencia de México.

El Director observó que a menudo era difícil persuadir a los funcionarios nacionales de que debía haber un proceso continuo que incorporaba la mitigación de desastres, el socorro en casos de emergencia y las actividades de respuesta, que, a su vez, debía dar lugar a medidas permanentes para ayudar a mitigar los desastres futuros. Como la Organización no podía llevar a cabo las medidas de mitigación ella misma, su función consistía en señalar las consecuencias de no modernizar las instituciones vulnerables ni implantar medidas para proteger los establecimientos en construcción. Estuvo de acuerdo en que la mitigación de desastres era un tema multisectorial; sin embargo, como sucedía con muchos asuntos como este, un sector tenía que asumir la responsabilidad primaria. Habida cuenta de que el sector sanitario tendría la responsabilidad principal si no se tomasen medidas para hacer que los establecimientos de salud fuesen menos vulnerables a los desastres que ocurrirían inevitablemente, los ministerios de salud y la OPS tenían la responsabilidad de seguir instando tanto a los gobiernos como a los organismos financieros internacionales a que apoyasen las medidas de mitigación.

Orientaciones estratégicas y programáticas para la Oficina Sanitaria Panamericana, 1999-2002 (documento SPP30/3 y Corrig. I)

Este tema fue presentado por el Dr. Germán Perdomo (Oficina de Análisis y Planificación Estratégica), quien describió el proceso que había precedido a la redacción de las Orientaciones Estratégicas y Programáticas (OEP) propuestas y esbozó el contenido del documento. Las OEP aportaban el marco de política para programar el trabajo de la Organización, cuya misión es cooperar técnicamente con los Estados Miembros, promover la cooperación técnica entre ellos y facilitar la coordinación internacional en materia de salud. Las OEP eran el producto de un análisis integral de las necesidades y prioridades de los países. Al mismo tiempo, representaban la respuesta de la Región a la nueva política mundial de Salud para Todos en el Siglo XXI (SPT21) y el Noveno y el Décimo Programa General de Trabajo de la OMS y, por lo tanto, también reflejaban dichas orientaciones mundiales de política.

Al elaborar las OEP, la Secretaría había llevado a cabo un análisis amplio de la situación en la Región, considerando no solo las condiciones de salud, sino también las circunstancias políticas, económicas, sociales, demográficas y ambientales, así como las

tendencias principales como la globalización, la reforma y la descentralización del Estado, y las funciones en transición de los organismos de cooperación internacional. Además, había llevado a cabo una serie de consultas dentro de la Organización y con funcionarios en el ámbito nacional. Este proceso había revelado que se habían logrado adelantos en algunas áreas —en particular, la reducción de la mortalidad y la incidencia de algunas enfermedades—, pero que seguía habiendo enormes desigualdades entre los grupos de población por lo que hacía a la situación sanitaria y el acceso a la atención de salud. En consecuencia, al igual que se había hecho en el cuatrienio 1995-1998, el logro de la equidad se había considerado como el principal desafío para el período 1999-2002. También se había determinado un conjunto de metas regionales con miras a superar las inequidades con relación a las condiciones de salud, los factores determinantes de la salud y las políticas y los sistemas de salud. Las metas concretas para cada área se describían en el documento.

La Secretaría creía que las orientaciones estratégicas adoptadas en el cuatrienio anterior seguían vigentes y tenían un alcance suficientemente amplio como para cubrir el espectro de necesidades en la Región, y, por consiguiente, proponía conservar esas mismas cinco orientaciones. Para cada orientación estratégica —a saber, la salud en el desarrollo humano, promoción y protección de la salud, protección y desarrollo ambiental, desarrollo de los sistemas y servicios de salud, y prevención y control de enfermedades—, la Secretaría había preparado un conjunto de orientaciones programáticas que representaban las áreas que se recalcarían en la cooperación técnica. El Dr. Perdomo resumió las orientaciones programáticas enumeradas en el documento para cada orientación estratégica. Finalmente, señaló que en todas las consultas nacionales llevadas a cabo por la Secretaría se habían planteado preguntas acerca de la factibilidad de las metas y las orientaciones regionales propuestas, y recalcó que ninguna de ellas sería factible sin un verdadero compromiso por parte de los gobiernos para abordar las inequidades de salud en sus países respectivos, y por parte de la Secretaría para ejecutar las propuestas de política mediante la cooperación técnica.

El Dr. Juan Manuel Sotelo (Jefe, Oficina de Análisis y Planificación Estratégica) abundó en lo que el Dr. Perdomo había dicho con respecto al marco de política para la cooperación técnica de la Organización, así como sus enfoques funcionales de la cooperación técnica, la cooperación técnica entre países y el Sistema de Planificación, Programación, Seguimiento y Evaluación de la Región de las Américas (AMPES) aplicado a la cooperación técnica. El elemento principal en el marco de política eran las OEP, que serían aprobadas por la Conferencia Sanitaria Panamericana en septiembre de 1998. Las OEP, a su vez, se habían configurado con base en las orientaciones de política de la Organización Mundial de la Salud, en particular el Noveno Programa General de Trabajo, que estaba vigente, y el Décimo Programa General de Trabajo, que entraría en vigor el mismo año que las OEP (1999). El Décimo Programa General de Trabajo estaba

inspirado en gran parte en la nueva política mundial sobre Salud para Todos en el Siglo XXI.

La SPT21 había sido el resultado de un proceso de consulta dinámica que había examinado las enseñanzas aprendidas en la aplicación de las estrategias de salud para todos en el año 2000 y la atención primaria de salud. Era una política orientada a la acción que consideraba la salud como un derecho humano, hacía hincapié en ciertos valores esenciales —en especial la justicia social y la equidad en la prestación de servicios y la asignación de recursos— y aspiraba a la creación de las condiciones en que las personas tendrían, en todo el mundo y a lo largo de su vida, la oportunidad de alcanzar y mantener el nivel más alto posible de salud. La política tenía tres objetivos principales: 1) aumentar la esperanza de vida y la calidad de la vida, 2) lograr la equidad en materia de salud, y 3) garantizar el acceso a la atención de salud de buena calidad. Además, planteaba dos líneas estratégicas de acción: 1) considerar la salud como un elemento central del desarrollo e identificar factores determinantes de la salud y actuar sobre ellos, y 2) crear sistemas de salud sostenibles que respondan a las necesidades de la población.

La estrategia de cooperación técnica de la OPS se llevaba a cabo mediante seis enfoques funcionales: 1) la movilización de los recursos humanos, financieros, políticos e institucionales; 2) la difusión de información; 3) el adiestramiento; 4) la elaboración de políticas, planes y normas; 5) la promoción de investigaciones; y 6) la asistencia técnica directa. Estos seis enfoques constituían la taxonomía de la cooperación técnica que le permitía a la Organización definir su trabajo con más precisión y establecer los resultados previstos. La taxonomía también constituía un marco de referencia para la planificación, programación y evaluación mediante el AMPES. Otro aspecto muy importante de la cooperación técnica de la OPS era la promoción de la cooperación técnica entre países y el criterio del panamericanismo, que se trataría con mayores detalles en otro punto del orden del día.

A propósito del AMPES, el Dr. Sotelo describió la estructura y funcionamiento básicos del sistema, que anteriormente había sido examinado por el Subcomité en varias ocasiones. Luego invitó al Subcomité a comentar posibles formas de refinar el documento antes de su presentación al Comité Ejecutivo.

El Subcomité aplaudió el criterio holístico del documento, que reflejaba la complejidad y la diversidad de la situación sanitaria en la Región, y tomó nota del contexto de transición en el cual se estaba llevando a cabo el trabajo de la Organización. En general, el análisis de la situación se consideró completo y exacto, aunque se señaló que algunas de las tendencias y fenómenos descritos no estaban ocurriendo en todos los países. Al Subcomité también le pareció que el documento reflejaba con exactitud los temas tratados y las prioridades determinadas durante las consultas nacionales, y varios

delegados elogiaron a la Secretaría por visitar los países para obtener datos antes de redactar las OEP.

Los delegados expresaron apoyo a las metas regionales, que señalaban resultados concretos que los países y la Secretaría podrían esforzarse en obtener. Las metas se consideraron realistas, especialmente porque se expresaban como porcentajes, no tasas o cantidades específicas. En cuanto a las OEP mismas, el Subcomité apoyó que la atención se siguiera concentrando en la equidad como objetivo primario. Sin embargo, varios delegados cuestionaron la conveniencia de mantener las mismas orientaciones estratégicas, dado que en el documento se indicaba que no se habían logrado la mayor parte de las metas y los objetivos establecidos para el cuatrienio anterior. Hubo acuerdo general en el sentido de que el documento debía contener más información acerca de por qué razón no se habían alcanzado las metas, un examen de los obstáculos que habían impedido su logro y un análisis del grado en que esos mismos impedimentos obstaculizarían el logro de las metas establecidas para 1999-2002.

El Subcomité hizo varias sugerencias concretas para mejorar el documento. Varios delegados pensaron que debía ser más corto y más condensado, en particular el análisis de la situación al comienzo. Se señaló que las orientaciones programáticas enumeradas bajo cada orientación estratégica tendían a superponerse o duplicarse, y se sugirió simplificar y aclarar dicha sección. También se consideró fijar un orden de precedencia a las numerosas líneas programáticas de acción, con objeto de dejar en claro las áreas a las que la OPS dedicaría la mayor parte de su tiempo y recursos en los próximos cuatro años. Además, debía aclararse la relación entre las OEP y las macropolíticas de SPT21 y el Noveno y el Décimo Programa General de Trabajo.

Un delegado observó que el documento era bastante vago en cuanto a lo que serían los resultados, y exhortó a la Secretaría a que utilizara un lenguaje más práctico y a que enunciara los objetivos más claramente, lo cual facilitaría medir el progreso más adelante. En cuanto a la orientación estratégica “desarrollo de sistemas y servicios de salud”, otro delegado subrayó la necesidad de lograr que la salud —no los asuntos económicos, políticos o de otro tipo— fuera el centro de interés primordial de las propuestas de reforma sanitaria. También opinó que el documento debía prestar mayor atención a la aparición de los nuevos mercados de la asistencia sanitaria y a la necesidad de regular estos procesos. A propósito de la misma orientación estratégica, se recomendó destacar más la idea de la sostenibilidad de la reforma sanitaria y las respuestas del sistema de salud. Con relación a la orientación estratégica “prevención y control de enfermedades”, un delegado señaló que, de acuerdo con los criterios expresados en las reuniones de los Cuerpos Directivos en 1997, la salud bucodental debía incluirse como un área prioritaria para la acción. Finalmente, se propuso que las OEP incorporasen la definición modificada de salud aprobada por el Consejo Ejecutivo de la OMS en enero de 1998 y sometida para su aprobación a la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de

1998: “La salud es un estado dinámico de completo bienestar físico, mental, espiritual y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

El Dr. Perdomo agradeció a los delegados sus consideradas y constructivas sugerencias. El objetivo de la Secretaría al presentar el documento al Subcomité había sido obtener apreciaciones que le permitiesen enunciar lo más claramente posible las orientaciones de política de la Organización para facilitar su consideración por el Comité Ejecutivo, y ese objetivo se había logrado plenamente. En cuanto al análisis de la situación, reconoció que no describía en detalle todos los factores determinantes de la salud en cada país; más bien, el objetivo había sido presentar un resumen amplio de las tendencias y los factores que influían en la situación sanitaria de la Región. En lo que se refiere a la aparente repetición o superposición de las orientaciones programáticas, señaló que muchas de las líneas propuestas de acción —como la formación de recursos humanos y la promoción del compromiso político con relación a diversos temas de salud— eran de amplio alcance y abarcaban diversas orientaciones estratégicas. No obstante, la Secretaría se esforzaría en simplificar y aclarar las orientaciones programáticas en lo posible. También trataría de que la redacción fuese más práctica, con miras a facilitar la medición de los adelantos logrados. En cuanto a la priorización de las líneas de acción, recalcó que la Secretaría tenía que fijar sus prioridades basándose en las prioridades establecidas por los países.

El Dr. Sotelo explicó que la Secretaría proponía conservar las mismas cinco orientaciones estratégicas básicamente por dos razones. En primer lugar, el trabajo empezado en el cuatrienio 1995-1998 aún no estaba completo ni se habían logrado las metas establecidas, en particular la meta principal de reducir las inequidades. En segundo lugar, los países aún estaban en el proceso de incorporar las cinco orientaciones estratégicas en sus políticas nacionales. Por consiguiente, se consideraba importante mantener la continuidad en función de las orientaciones de política general para 1999-2002. Por el contrario, las orientaciones programáticas propuestas reflejaban cambios e innovaciones considerables por comparación con el cuatrienio anterior. En cuanto a la medición de los resultados, observó que uno de los problemas que había obstaculizado la evaluación de los resultados obtenidos con la aplicación de las OEP vigentes había sido la falta de indicadores apropiados; la Secretaría estaba elaborando instrumentos e indicadores que probablemente facilitarían determinar los resultados de las OEP correspondientes al período 1999-2002.

A petición del Director, el Dr. Daniel López Acuña (Director, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud) respondió a los comentarios en lo referente a la reforma sanitaria y la regulación de los procesos del mercado. Señaló que varias orientaciones programáticas en el área de la reforma sanitaria estaban dirigidas específicamente al fortalecimiento de la función rectora de los ministerios de salud, a fin de permitirles desempeñar sus funciones de reglamentación en el contexto de la

reorganización estructural y funcional del sector. La Organización ya estaba trabajando en esta línea de acción y seguiría haciéndolo en el próximo cuatrienio, con miras a conseguir que las medidas de reforma sanitaria se orientaran efectivamente hacia el mejoramiento de la salud y lograr mayor equidad en el acceso a los servicios de salud y en el financiamiento sanitario y los sistemas de seguro.

El Director señaló que en las OEP propuestas la Secretaría había tratado de concentrarse explícitamente en lo que haría para ayudar a los países a resolver sus problemas y, por consiguiente, había eliminado la sección sobre las responsabilidades de los países que se había incluido en las OEP del cuatrienio anterior. En cuanto a los comentarios sobre la vaguedad de la redacción en el documento, dijo que la Secretaría había elaborado lo que podría llamarse una “taxonomía de palabras de acción” para enunciar claramente lo que la Secretaría haría y cuáles serían sus responsabilidades. Ese tipo de redacción se aplicaría en la próxima programación bienal, pero quizá fuese difícil incorporarla en las OEP porque no se trataba de un documento de programación propiamente dicha. En cuanto a los impedimentos que habían obstaculizado el progreso en 1995-1998, parte del problema, como el Dr. Sotelo había indicado, era que las metas no se habían definido con claridad suficiente para cuantificar los adelantos logrados. Además, cuatro años era un tiempo muy corto para apreciar adelantos considerables en muchas áreas. No obstante, la Secretaría intentaría analizar los impedimentos y el grado en que podrían superarse en el nuevo cuatrienio. En el informe cuatrienal del Director a la Conferencia Sanitaria Panamericana también se concentraría más en las áreas donde se había logrado el mayor y el menor adelanto, y analizaría los factores que habían favorecido o entorpecido el trabajo de la Organización.

Añadió el Director que le complacía enormemente que el Subcomité estuviese de acuerdo en que la equidad debía seguir siendo el objetivo primario de la cooperación técnica de la Organización. Basándose en el análisis de la situación hecho por la Secretaría y en sus conversaciones con la gente de los países, creía que las cinco orientaciones estratégicas establecidas en el cuatrienio anterior representaban el mejor enfoque para abordar las necesidades de los países con relación a ese objetivo. En cuanto a la priorización de las orientaciones programáticas, como el Dr. Perdomo había dicho, la Secretaría no consideraba que tuviese la autoridad para imponer un orden de precedencia. Más bien trataba de ayudar a los países a definir sus prioridades, y determinaba las prioridades regionales. Las orientaciones programáticas planteadas en el documento se concibieron deliberadamente con un alcance muy amplio, a fin de que la Organización pudiese abordar a un tiempo las prioridades nacionales y las regionales.

La Secretaría revisaría el documento sobre la base de los comentarios de los delegados, aunque obviamente quizá no fuese posible incorporarlos en su totalidad. También tendría en cuenta todo comentario adicional que alguien quisiera presentar por escrito.

Cambio climático y enfermedades infecciosas: consecuencias del fenómeno El Niño (documento SPP30/5)

El Dr. Stephen Corber (Director, División de Prevención y Control de Enfermedades) presentó el documento sobre este punto del orden del día, que fue preparado en colaboración con varias otras unidades de la Organización —en particular, el Programa sobre Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre—, en respuesta a la resolución CD40.R13, “Preparativos de salud para los desastres provocados por el fenómeno El Niño”, aprobada por el Consejo Directivo en 1997. En el documento se examinaban las asociaciones específicas que se habían encontrado entre el fenómeno El Niño/oscilación meridional (ENSO) y las tendencias de la transmisión de enfermedades infecciosas.

El Dr. Roberto Chuit (Asesor Regional en Enfermedades Transmisibles) describió las características y los efectos del ENSO y presentó información acerca de su repercusión potencial y real sobre las enfermedades infecciosas. El ENSO podría tener cuatro efectos posibles sobre el clima: 1) condiciones casi normales; 2) un fenómeno El Niño débil, con precipitación pluvial algo mayor que lo normal; 3) lluvias intensas e inundaciones; y 4) aguas costaneras más frías que lo normal, con probabilidades mayores de sequía. La aparición y duración de estos efectos variaban en diferentes partes de la Región, lo cual significaba que las características de las enfermedades quizá variaran también en las zonas afectadas por El Niño. Las predicciones para 1997 habían indicado que el clima en el sur de Estados Unidos y el norte de México sería más húmedo y más frío que lo normal, con inundaciones en muchos lugares; en la Amazonia, se predijeron condiciones más secas que lo normal, aunque en el extremo sur de América del Sur se preveía una precipitación pluvial mayor que lo acostumbrado. En la zona andina, en Perú y Ecuador se preveía un tiempo más cálido y húmedos que lo habitual, con inundaciones probables.

El Dr. Chuit mencionó los resultados de diversos estudios que no habían encontrado pruebas definitivas de la existencia de un vínculo entre el ENSO y un aumento de la transmisión de varias de las enfermedades infecciosas más importantes en las Américas, en especial la malaria, el dengue, el cólera, la leptospirosis y las infecciones por hantavirus. En realidad, las sequías relacionadas con el ENSO parecían haber conducido a una reducción de algunas enfermedades. Sin embargo, también señaló que en muchos casos no había datos o los datos que se tenían eran de mala calidad. Es más, debía tenerse presente que la transmisión de enfermedades estaba influida por muchos otros factores, como la endemicidad, los reservorios de vectores, las migraciones de la gente y las condiciones ambientales y de saneamiento. Los efectos del fenómeno El Niño variarían según la intensidad y las manifestaciones de este. En general, sin embargo, cabría esperar que El Niño empeorara las condiciones prevalentes que favorecían la

transmisión de enfermedades. La vigilancia epidemiológica eficaz y la evaluación de factores de riesgo eran cruciales para que los países pudiesen prever y afrontar los efectos sanitarios potenciales de El Niño. Además, la incorporación de la predicción meteorológica en la vigilancia de enfermedades y en los preparativos para situaciones de emergencia y los programas de prevención ayudaría a reducir las consecuencias sanitarias del ENSO y otras anormalidades del clima.

Se pidió al Subcomité su punto de vista en cuanto a la función que competía a la OPS para abordar los efectos sobre la salud que podrían ocurrir debido a estos fenómenos ambientales.

Dada la falta de datos definitivos sobre la relación entre El Niño y la transmisión de enfermedades, el Subcomité consideró que sería más útil ampliar el alcance del documento y explorar los efectos del cambio climático en general sobre la salud, así como las implicaciones de El Niño como un desastre natural que podría causar daños enormes a la infraestructura y los servicios básicos, como el saneamiento. Se señaló que sería necesario vigilar el cambio climático y sus efectos sobre la transmisión de enfermedades en el mismo lugar y al mismo tiempo, para extraer conclusiones válidas acerca de la causa y el efecto. En cuanto a la función de la OPS, el consenso fue que la Organización ya estaba desempeñando una función apropiada al ayudar a los países a mejorar los sistemas de vigilancia y notificación de enfermedades, y a vincular a todos los países de la Región para la identificación y notificación de los brotes de enfermedades. También se señaló que la cooperación técnica de la OPS a nivel de país podría facilitar la participación de expertos nacionales que generalmente no actuaran en el campo de la salud pública pero cuya competencia pudiese ayudar a mejorar las actividades de vigilancia y prevención y a disminuir el sufrimiento humano causado por las inundaciones y otros fenómenos relacionados con el clima.

El Director y el Dr. Chuit agradecieron a los delegados sus sugerencias, que se tendrían en cuenta al revisar el documento para presentarlo al Comité Ejecutivo. El Director dijo que la próxima versión contendría más datos y un análisis más amplio de los efectos del cambio climático en general sobre las condiciones sanitarias y ambientales.

La cooperación técnica entre países: panamericanismo en el siglo XXI (documento SPP30/4)

La Dra. Mirta Roses (Subdirectora de la OPS) presentó el documento preparado por la Secretaría sobre este tema, en el que se repasaba la historia y los adelantos logrados por la cooperación técnica entre países (CTP) en la Región en los dos últimos decenios y se esbozaban algunos de los retos y las perspectivas de la CTP en el próximo siglo. La Subdirectora empezó por describir diversos convenios, resoluciones y planes de acción adoptados por el sistema de las Naciones Unidas y el sistema interamericano que

habían configurado la historia de la CTP en las Américas, en especial el Plan de Acción de Buenos Aires para promover y realizar la cooperación técnica entre los países en desarrollo (CTPD), aprobado por Asamblea General de las Naciones Unidas en 1978; la resolución 50/119, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1995, que planteaba nuevas orientaciones para la CTPD; los programas nacionales y los fondos para la cooperación horizontal establecidos bajo la égida de la Organización de los Estados Americanos; y el Plan Estratégico para las Sociedades en favor del Desarrollo 1997-2001, formulado por el Consejo Interamericano para el Desarrollo Integral (CIDI).

Dentro de la OMS y la OPS, la cooperación técnica entre países se había promovido en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud celebrada en Alma-Ata, y mediante muchas resoluciones de ambas organizaciones. Un documento presentado por la OPS a la reunión interregional de consulta sobre la programación de la CTPD en materia de salud, convocada por la OMS en Yakarta en 1993, establecía que para la Región de las Américas se promovería el concepto de cooperación técnica entre países (CTP), en lugar de CTPD; o sea, cooperación técnica entre todos los países de la Región, independientemente de su nivel de desarrollo. El documento también definía los principios que debían defenderse en las propuestas de CTP preparadas con la cooperación de la OPS/OMS, a saber: solidaridad, soberanía, dignidad, equidad, desarrollo de capacidad y sostenibilidad.

La CTP se financiaba principalmente con recursos de los presupuestos nacionales. Sin embargo, como los presupuestos de algunos países eran insuficientes para lograr la ejecución de muchos acuerdos de cooperación bilaterales y multilaterales, la movilización de la cooperación exterior era importante. Una modalidad eran los arreglos de cooperación triangular, por medio de los cuales los países desarrollados financiaban la cooperación entre países menos desarrollados. Además, en el presupuesto 1988-1989, la OPS había establecido un mecanismo de financiamiento específicamente para estimular la CTP, aunque con anterioridad la Organización había venido apoyando la CTP mediante los programas regionales y de país y por conducto de los centros colaboradores de la OMS y la OPS. La Dra. Roses dio varios ejemplos de los proyectos de CTP llevados a cabo entre países vecinos, países de la misma subregión, países con áreas de interés común en la ciencia y la tecnología, y la cooperación entre países a tenor de convenios bilaterales que hacían aportaciones de recursos humanos y tecnología a largo y mediano plazos.

Para los países, entre las grandes empresas que había que acometer en el siglo XXI figuraban la creación de sistemas nacionales para la coordinación de la cooperación exterior, la documentación de los resultados y la evaluación de las experiencias en materia de CTP en la esfera sanitaria, y el desarrollo de la CTP en el ámbito sanitario mediante acuerdos bilaterales. Para los organismos de cooperación en general, el imperativo sería utilizar eficazmente la capacidad existente en la Región en provecho de

la cooperación técnica que proporcionaban. Para la OPS, los retos incluirían el mantener la CTP como una estrategia importante en las OEP para 1999-2002, mejorar la designación y la utilización de los centros colaboradores, y obtener métodos para el adiestramiento en la gestión y ejecución de la CTP en el área de la salud.

El Subcomité estuvo de acuerdo en que la CTP era un instrumento sumamente valioso para promover el desarrollo sostenible, en particular en el contexto actual de los recursos de cooperación internacional cada vez más exigüos. También convino en que había un extraordinario potencial, aún desaprovechado, para la cooperación entre los países de las Américas y en que debía aprovecharse más la capacidad existente a nivel nacional. Al mismo tiempo, se señaló que una buena parte de la cooperación se da mediante arreglos informales entre los países y, por consiguiente, no se reflejaba en los datos oficiales. La cooperación entre los países vecinos para abordar preocupaciones de salud compartidas o lograr objetivos comunes se consideraba especialmente importante, ya que las enfermedades y otros problemas de salud no reconocen fronteras. Además, se consideró que la CTP era una manera de promover la solidaridad y forjar vínculos más estrechos entre los países. Diversos delegados describieron las experiencias de cooperación en marcha entre sus países y países vecinos o países que forman parte de grupos subregionales de integración como el MERCOSUR y la CARICOM.

En general, le pareció al Subcomité que el documento era un buen análisis histórico de la cooperación técnica entre países y una buena fuente de orientación para desarrollar la CTP en el futuro, basándose en la experiencia adquirida. Entre los principios de la CTP definidos en el documento, la solidaridad, la soberanía y la sostenibilidad se consideraron sumamente importantes. Con respecto a las modalidades de financiamiento mencionadas, los acuerdos triangulares se consideraron particularmente ventajosos, dado que los acuerdos de cooperación bilaterales y los proyectos entre los países en desarrollo a menudo no se ejecutaban plenamente debido a la falta de financiamiento. Sin embargo, se señaló que la cooperación triangular era más complicada de llevar a cabo que la cooperación bilateral. También se recalcó que la cooperación entre los países en desarrollo y los desarrollados era mutuamente beneficiosa y que, con respecto a temas como la reforma sanitaria y la atención comunitaria, por ejemplo, los países desarrollados podrían aprender mucho de las experiencias de sus socios de cooperación menos desarrollados.

Se identificaron como funciones cruciales de la OPS la promoción de la CTP y la ayuda para la concepción, el diseño, la coordinación y la ejecución de los proyectos. A fin de mejorar el apoyo de la Organización a la CTP, se propuso reexaminar las funciones de las representaciones de la OPS/OMS (PWR) con miras a coordinar los esfuerzos y mancomunar los recursos de estas en los países vecinos, por ejemplo, compartiendo consultores. También se sugirió que la OPS promoviese proyectos de cooperación de al menos dos años de duración para alentar mayor estabilidad y sostenibilidad. Varios

delegados expresaron inquietud porque, según las cifras presentadas en el documento, sólo se estaban utilizando 60% de los fondos asignados para la CTP en el presupuesto de la OPS. En cuanto a los retos para la OPS mencionados por la Dra. Roses, se solicitó más información acerca de la función de los centros colaboradores y de la forma como la Organización procuraría hacer mejor uso de ellos para promover la CTP. Se pidieron asimismo más datos acerca de la función de la OPS en la transferencia de tecnología por conducto de la cooperación técnica entre países.

Un delegado sugirió que, como se había propuesto en la 29.^a reunión del Subcomité, los Cuerpos Directivos debían emprender un análisis más amplio de la cooperación técnica y la función de la OPS, teniendo en cuenta la participación de nuevos actores —en particular las ONG—, la disminución de los recursos para la cooperación internacional y el contexto de cambio e incertidumbre mencionado en prácticamente todos los documentos examinados por el Subcomité.

La Dra. Roses, respondiendo a las preguntas sobre los centros colaboradores, señaló que estos tenían una relación bastante vertical con cada país y no había mucha interacción entre los centros. La OPS estaba tratando de promover mayor cooperación horizontal entre los centros. En cuanto a la transferencia de tecnología, mencionó varios ejemplos, incluido el Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas y el Sistema de Manejo de Suministros después de los Desastres (SUMA), mediante los cuales se había transferido tecnología. En cuanto al grado en que estaban utilizándose los fondos asignados para la CTP, señaló que la OPS era uno de los pocos organismos internacionales de cooperación que habían destinado específicamente fondos para la promoción de la CTP. El porcentaje de fondos usados había aumentado considerablemente; sin embargo, seguía habiendo obstáculos para que se utilizaran plenamente, sobre todo el adiestramiento del personal para administrar los proyectos de CTP y coordinar las actividades de los diversos sectores que a menudo participaban en los proyectos.

El Director agregó que parte de la razón de que los fondos no se estuviesen utilizando en un ciento por ciento era que la Organización exigía un alto grado de rigor y especificidad en los proyectos de CTP para conseguir que los fondos se usaran lo más eficazmente que fuese posible. También reconoció que a menudo resultaba difícil recopilar información sobre la cantidad de cooperación técnica que en realidad se estaba produciendo entre los países porque gran parte de ella se daba fuera del marco de los convenios formales. Recalcó la importancia de la decisión de la OPS de promover la cooperación técnica entre todos los países, que la Organización consideraba como un apartamiento fundamental del criterio de CTPD que seguía prevaleciendo en la mayoría de los organismos del sistema de las Naciones Unidas. La OPS creía firmemente que todos los países, independientemente de su nivel de desarrollo, estaban interesados en la salud y, por consiguiente, tenían la necesidad de cooperar en este ámbito.

El Dr. Alleyne dijo no estar de acuerdo con la idea de que el multilateralismo estaba disminuyendo. En realidad, había pruebas de que en todo el mundo los países estaban recurriendo cada vez más a las Naciones Unidas y otros organismos multilaterales para la solución de muchos problemas. Por consiguiente, exhortó a los delegados a considerar la CTP no como un sustituto de la cooperación multilateral sino como un complemento. Estuvo de acuerdo con la sugerencia de que el tema de la cooperación técnica en su totalidad merecía estudiarse más a fondo. Sin duda, en algún momento futuro los Cuerpos Directivos podrían considerarlo para examinar las formas en que la cooperación técnica de la OPS difería de la de otros organismos. No obstante, no deseaba que nadie se quedase con la idea de que la OPS desconocía la necesidad de modificar y adaptar su cooperación técnica en respuesta a las nuevas circunstancias. Señaló que en noviembre de 1995 la Organización había patrocinado el Seminario sobre el Replanteamiento de la Cooperación Técnica Internacional en materia de Salud, que había sido la culminación de un proceso de dos decenios en el que se reexaminó la labor y la misión de la OPS. El criterio de la Organización acerca de la cooperación técnica no era inalterable; sin embargo, un principio irrenunciable era que sus prioridades se basaban en las prioridades de los países.

Finalmente, en cuanto a la función de los centros colaboradores, propuso que se preparara otro documento y que este tema se tratase en una sesión futura del Subcomité.

Bioética (documento SPP30/7)

El Dr. Juan Antonio Casas (Director, División de Salud y Desarrollo Humano) presentó este tema. Recordó que cuando el Programa Regional de Bioética fue creado por el Consejo Directivo en septiembre de 1993, se acordó que la labor del Programa se evaluaría después de cinco años de operación. El documento sometido a la consideración del Subcomité representaba un examen de las actividades del Programa en preparación para la evaluación, que tendría lugar en 1999 y se daría a conocer al Comité Ejecutivo en su 126.^a reunión en 2000. Se pidió al Subcomité que formulara sus observaciones sobre las actividades e indicara aspectos concretos que debieran considerarse en la evaluación.

A continuación, el Dr. Julio Montt (Director, Programa Regional de Bioética) informó sobre la evolución del Programa desde que empezó a funcionar en mayo de 1994. El Programa se había establecido en la Universidad de Chile, con apoyo del Gobierno de Chile, en respuesta a las demandas de los Estados Miembros de que hubiese un programa de cooperación técnica para abordar los problemas éticos planteados por los rápidos adelantos científicos y tecnológicos en el campo de la salud, así como los asuntos económicos, sociales y políticos en relación con la salud. La bioética proporcionaba métodos para resolver conflictos de valores y llegar a acuerdos con respecto a la “ética civil” o acuerdos dentro de las sociedades con relación a ciertos valores básicos, con

independencia de las convicciones religiosas, políticas o de otra índole. Como programa de cooperación técnica de la Organización, las funciones del Programa eran la movilización de recursos; el adiestramiento; la difusión de información; la elaboración de políticas, planes y normas; la investigación; y la cooperación técnica directa.

En 1994, el Programa convocó una reunión a la que concurrieron representantes de 17 países de América Latina y el Caribe para evaluar los temas bioéticos más importantes y establecer las orientaciones temáticas para guiar su trabajo. Como resultado, se escogieron cinco áreas temáticas: la bioética en la salud pública; la ética clínica y médica; la ética de la investigación; el adiestramiento y la formación en bioética; y los problemas actuales y nuevos que son resultado de los adelantos científicos y tecnológicos y la aparición de nuevas enfermedades. El Dr. Montt destacó algunas de las actividades llevadas a cabo por el Programa y la repercusión de su trabajo en cada una de las áreas temáticas. Señaló por último que, a pesar de los recursos relativamente limitados, en sus cuatro años de existencia el Programa se había convertido en una entidad importante tanto en la Región como en el mundo, y la demanda de sus servicios de cooperación técnica iba en aumento. En el futuro seguiría apoyando a los Estados Miembros en su busca de respuestas a los grandes problemas éticos que afrontaban en el ejercicio de la medicina y en la organización y prestación de los servicios de salud, la salud pública, la investigación biomédica, la formación de los profesionales de la salud, y la búsqueda de la equidad y la justicia en la asignación de los recursos de salud.

El Subcomité elogió al Dr. Montt por los numerosos logros del Programa durante su breve existencia, especialmente en las áreas de la difusión de información y la educación. También expresó su gratitud al Gobierno de Chile y la Universidad de Chile por el apoyo prestado al Programa. Varios delegados comentaron que este había satisfecho claramente una necesidad en la Región. La cooperación técnica para la organización de los comités de bioética en los hospitales y las comisiones o las asociaciones nacionales de bioética se consideró una de sus contribuciones más importantes. Se señaló que el Programa parecía haber concentrado su atención principalmente en América Latina, y se sugirió que debería considerar más de cerca las experiencias de Canadá y los Estados Unidos en materia de bioética y buscar áreas de complementariedad y colaboración.

Se hicieron varias sugerencias en cuanto a las posibles áreas de trabajo del Programa en el futuro, incluido el examen de los asuntos de bioética en las relaciones entre los países y en el marco de las convenciones de derechos humanos; la aplicación en la Región de la Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos, promulgada por la UNESCO; la preparación de documentos de posición y normas que sirvan de base para la legislación o la reglamentación; el examen de las implicaciones éticas y de política de las nuevas tecnologías de la reproducción y su repercusión sobre la composición y los valores de la sociedad; y la consideración de

asuntos éticos en relación con la salud de los pueblos indígenas, especialmente en la investigación que se realiza en estos grupos. Se hicieron preguntas en lo referente a las actividades del Programa en el Caribe de habla inglesa y la existencia de programas de bioética en la OMS y en otras regiones.

El observador por Chile dijo que su Gobierno creía que el Programa estaba desempeñando una función imprescindible al ayudar a los países a abordar las inquietudes éticas que acompañaban a los cambios rápidos experimentados por las sociedades y los sistemas de salud, y, por consiguiente, seguiría colaborando activamente en su desarrollo.

En respuesta a las preguntas sobre la labor del Programa en el Caribe de habla inglesa, el Dr. Montt dijo que las actividades habían sido limitadas hasta la fecha debido a las limitaciones de recursos y los problemas logísticos, especialmente la falta de traducciones al inglés de sus publicaciones y de otra información. Sin embargo, el Programa había adquirido recientemente el software de traducción automática de la OPS, lo cual permitiría producir traducciones rápidamente y a un costo relativamente bajo para la difusión en los países de habla inglesa. Además, el Programa estaba investigando la posibilidad de organizar algunas reuniones sobre bioética en colaboración con los decanos de las facultades de medicina en varios países del Caribe. Reconoció que el Programa se había concentrado principalmente en América Latina, pero estaba colaborando con varios centros destacados de bioética en los Estados Unidos. El Programa había establecido menos contactos con instituciones canadienses solo porque no había tenido tiempo en sus escasos cuatro años de existencia; en el futuro, procuraría establecer vínculos más cercanos con institutos y asociaciones de bioética en ambos países.

Agradeció a los delegados sus sugerencias en lo referente a posibles áreas de interés o de actividades nuevas para el Programa y señaló que, de hecho, ya estaba trabajando en esferas como la difusión de información que pudiera servir de base para la legislación y los asuntos bioéticos en la investigación genética con grupos indígenas en Chile y Argentina. Sin embargo, el Programa Regional de Bioética era principalmente un programa de cooperación técnica, no una institución académica o un “grupo de estudios” de bioética. Su función idónea, por consiguiente, era recopilar y difundir las investigaciones y la información generadas por esas instituciones, en lugar de producir la información por sí mismo. En cuanto a la declaración universal de la UNESCO sobre el genoma humano, el Programa participó en la conferencia en la que se examinó la declaración y estaba difundiendo la información correspondiente a ministerios de salud y centros de bioética en toda la Región.

El Dr. Montt desconocía la existencia de programas de bioética en otras regiones de la OMS. Señaló que la OMS había formado recientemente un grupo de orientación

para tratar asuntos bioéticos, y el Programa Regional de Bioética con sede en Chile había sido designado como un punto focal de las Américas para este grupo. Sin embargo, la inquietud principal del grupo había sido la clonación de seres humanos, que para la mayoría de los países de la Región no tenía mayor importancia, dada su capacidad actual de investigación y tecnológica. El Programa consideraba que, en su cooperación técnica con los países, eran mucho más pertinentes y urgentes otros asuntos, como las relaciones médico-paciente, los derechos de los pacientes y la asignación de los recursos de salud.

El Director estuvo de acuerdo en que, para hacer el uso más eficaz de los recursos limitados del Programa y tener la más amplia repercusión posible, era esencial circunscribir su esfera de acción a los asuntos que fuesen de interés práctico directo para los países. El Programa, por consiguiente, seguiría concentrando su atención en las áreas mencionadas en el documento y por el Dr. Montt en su ponencia, especialmente la ética del ejercicio clínico y la investigación. En cuanto a las actividades de bioética dentro de la OMS, señaló que la participación de la Organización en esta área había sido relativamente limitada porque había dependido de otro organismo, el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS), para que este reuniera a distintas personas a objeto de examinar diversos temas bioéticos, en especial la ética relacionada con la iniciativa de renovación del compromiso con la meta de salud para todos.

El Director dijo que, aunque en general no solía elogiar individualmente a los funcionarios en las reuniones de los Cuerpos Directivos, deseaba agradecer al Dr. Montt su liderazgo y su contribución al desarrollo satisfactorio del Programa. También deseaba expresar formalmente la gratitud de la Organización al Ministerio de Salud y la Universidad de Chile por su apoyo del Programa.

Programa de Publicaciones de la OPS (documento SPP30/9)

La ponencia sobre este punto del orden del día estuvo a cargo de la Dra. Judith Navarro (Jefa, Oficina de Publicaciones y Servicios Editoriales), quién repasó brevemente la historia y las actividades de la Oficina a su cargo. Señaló que el intercambio y la difusión de información habían sido un principio fundador de la Oficina Sanitaria Internacional, precursora de la Organización Panamericana de la Salud. La Organización había venido publicando textos científicos y técnicos desde los años veinte. Su primera publicación regular, el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* (actualmente llamado *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health*), era la revista de salud pública internacional más antigua en el mundo. Un dato interesante era que en el primer número del *Boletín* se había publicado un artículo sobre la importancia de la cooperación entre los países, tema que seguía siendo muy actual y oportuno para el debate de este tema por el Subcomité.

En el marco de las orientaciones estratégicas y programáticas para 1995-1998, el Director había establecido cuatro áreas de información claramente diferenciadas en las que se concentraría la Oficina Sanitaria Panamericana: 1) la información acerca de la situación sanitaria y los servicios de salud en los países y la Región; 2) el desarrollo de sistemas nacionales de información sanitaria; 3) la información institucional; y 4) la información científica, técnica y relacionada con políticas. El trabajo de la Oficina de Publicaciones y Servicios Editoriales (DBI) se relacionaba con la última área mencionada. El objetivo principal de DBI era producir publicaciones de la más alta calidad que reflejaran la misión y los objetivos de la Organización, contribuyeran a la comprensión y solución de los problemas de salud prioritarios, fuesen asequibles, diseminaran contenidos originales, tuviesen una utilidad probablemente prolongada, fueran oportunas y pertinentes y cumpliesen con normas de calidad en cuanto a contenido y presentación.

DBI tenía cuatro componentes principales: Servicio Editorial; Comunicaciones Electrónicas; Comercialización, Distribución y Ventas; y Servicio de Información y Documentación (Biblioteca de la Sede). El Servicio Editorial tenía a su cargo la publicación de la *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health* —de periodicidad mensual, multilingüe y arbitrada por expertos—, libros y documentos oficiales de la Organización. En el área de Comunicaciones Electrónicas, las actividades principales eran el mantenimiento del sitio en la Web de la OPS y la difusión de las publicaciones de la OPS y otra información por la Internet y en CD-ROM. Comercialización, Distribución y Ventas pretendía promover las publicaciones de la OPS entre audiencias potenciales en todo el mundo, garantizar el acceso a ellas y obtener rendimientos de la inversión de la Organización en publicaciones. Como resultado de los esfuerzos recientes para mejorar la comercialización y ventas de las publicaciones de la OPS, este componente se pagaba en gran parte por sí mismo. Finalmente, DBI se encargaba de la Biblioteca de la Sede, que prestaba servicios bibliográficos y estaba desarrollando un proyecto computadorizado de la memoria institucional para gestionar toda la documentación de la OPS.

El Subcomité aplaudió la calidad del trabajo de DBI y su éxito al hacer un uso óptimo de las nuevas técnicas de comunicación para comercializar y difundir las publicaciones de la Organización externamente, así como para gestionar la información internamente por medio del proyecto automatizado de la memoria institucional. Varios delegados indicaron que sus gobiernos se apoyaban en las publicaciones de la OPS como la fuente más autorizada de información sobre la salud en los países de la Región. Se sugirió agregar al sitio en la Web de la OPS enlaces que remitan a los sitios en la Web de los ministerios de salud nacionales, como un medio de facilitar el acceso a esa información. Se alentó a DBI a que acelerara la publicación de materiales en francés para hacer la información más accesible y aumentar su participación en el mercado de habla francesa, particularmente en el Canadá.

El Director se manifestó complacido de confirmar que los países estaban utilizando las publicaciones y la información de la Organización, pues la difusión de información oportuna y útil era uno de sus objetivos primarios. Esperaba que el examen de este tema por los Cuerpos Directivos alentaría a otros Estados Miembros a hacer un mayor uso de la información disponible en forma impresa y en la Internet. La sugerencia de agregar enlaces que remitiesen a los sitios en la Web de los ministerios se pondría en práctica.

Otros asuntos

El Director anunció que el lunes 11 de mayo de 1998 se celebraría en Ginebra una reunión de todas las delegaciones de las Américas que asistirían a la Asamblea Mundial de la Salud para tratar diversos asuntos, en particular la elección de los miembros de la Región al Consejo Ejecutivo. Actualmente había cuatro candidatos para los tres puestos vacantes. Dijo el Director que, como había sido costumbre en la Región, se llegaría a un acuerdo entre los candidatos antes de las elecciones, a fin de que sólo se presentaran tres candidatos.

Después de las elecciones, el Director se reuniría con los seis miembros del Consejo Ejecutivo pertenecientes a las Américas para informarles acerca de varios temas de interés concreto para la Región. Uno de ellos era un acuerdo del Consejo de recomendar a la Asamblea de la Salud que los Cuerpos Directivos de la OPS fuesen invitados a cambiar la Constitución de esta última para elegir al Director de la Oficina cada cinco años, y a considerar la posibilidad de adoptar el mecanismo del comité de búsqueda, como en la Región de Europa. Aunque los Estados Miembros tendrían la última palabra en el asunto, el Director creía que tal cambio sería problemático por varias razones, en particular porque la Constitución establecía que el Director de la Oficina sería elegido por la Conferencia Sanitaria Panamericana, que se reunía cada cuatro años. Otra inquietud que se proponía tratar con los miembros del Consejo procedentes de las Américas era la decisión de la Asamblea de la Salud de limitar el reembolso de los gastos de viaje a los delegados de los países menos adelantados. Según los criterios fijados por la Asamblea de la Salud, Haití sería el único país de la Región cuyo delegado reuniría los requisitos para el reembolso de los gastos de viaje.

El Delegado de la Argentina señaló que la decisión de no reembolsar los gastos de viaje pretendía ser una medida de ahorro. Al mismo tiempo, sin embargo, se había hecho la propuesta de ampliar el número de miembros del Consejo Ejecutivo, lo cual aumentaría los costos. Instó a todas las delegaciones de la Región a que se opusieran a esa propuesta.

CLAUSURA DE LA SESIÓN

El Director agradeció a los delegados la evidente atención que prestaron a los documentos antes de la sesión y sus aportaciones valiosas durante los debates. La Presidenta dijo que había sido un honor para su país ocupar la Presidencia del Subcomité durante su 29.^a y 30.^a sesiones. Expresó su gratitud al personal de la OPS por su apoyo, y a los delegados por su participación durante las reuniones; finalmente, declaró clausurada la 30.^a Sesión del Subcomité de Planificación y Programación.

Anexos



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



SUBCOMITÉ DE PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

30.^a sesión, 30 y 31 de marzo de 1998

SPP30/FR (Esp.)
Anexo A

ORDEN DEL DÍA

No. del documento

1. Apertura de la sesión
2. Adopción del orden del día y del programa de reuniones SPP30/1, Rev. 1
3. Orientaciones estratégicas y programáticas para la
Oficina Sanitaria Panamericana, 1999-2002 SPP30/3 y Corrig. I
4. La cooperación técnica entre países: Panamericanismo
en el siglo XXI SPP30/4
5. Cambios climáticos y enfermedades infecciosas:
Las implicaciones del fenómeno El Niño SPP30/5
6. Mitigación de desastres en las instalaciones de salud SPP30/6
7. Bioética SPP30/7
8. Población y salud reproductiva SPP30/8
9. Programa de Publicaciones de la OPS SPP30/9
10. Anteproyecto de presupuesto por programas de la Organización
Mundial de la Salud para la Región de las Américas para el
ejercicio 2000–2001 SPP30/10
11. Otros asuntos



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



SUBCOMITÉ DE PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

30.^a sesión, 30 y 31 de marzo de 1998

SPP30/FR (Esp.)
Anexo B

LISTA DE DOCUMENTOS

No. de documento

Título

DOCUMENTOS DE TRABAJO

SPP30/1, Rev. 1	Orden del día provisional
SPP30/2	Lista provisional de participantes
SPP30/3	Orientaciones estratégicas y programáticas para la Oficina Sanitaria Panamericana, 1999-2002
SPP30/4	La cooperación técnica entre países: Panamericanismo en el siglo XXI
SPP30/5	Cambios climáticos y enfermedades infecciosas: Las implicaciones del fenómeno El Niño
SPP30/6	Mitigación de desastres en las instalaciones de salud
SPP30/7	Bioética
SPP30/8	Población y salud reproductiva
SPP30/9	Programa de Publicaciones de la OPS
SPP30/10	Anteproyecto de presupuesto por programas de la Organización Mundial de la Salud para la Región de las Américas para el ejercicio 2000–2001



PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION
WORLD HEALTH ORGANIZATION



SUBCOMMITTEE ON PLANNING AND PROGRAMMING OF THE EXECUTIVE COMMITTEE

30th Session, 30-31 March 1998

SPP30/FR (Esp.)
Anexo C

**LIST OF PARTICIPANTS
LISTA DE PARTICIPANTES**

**MEMBERS OF THE SUBCOMMITTEE
MIEMBROS DEL SUBCOMITÉ**

ARGENTINA

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

Dra. Miguela Pico
Asesora de Gabinete
Subsecretaría de Políticas de Salud
y Relaciones Internacionales
Ministerio de Salud y Acción Social
Buenos Aires

Sr. Fabian Oddone
Secretario, Misión Argentina ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

BAHAMAS

Dr. Merceline Dahl-Regis
Chief Medical Officer
Ministry of Health
Nassau

CANADA

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

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

COLOMBIA

ECUADOR

Dr. Rafael A. Veintimilla
Representante Permanente Interino del Ecuador ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Dr. Andrés Montalvo
Representante Alterno del Ecuador ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

PANAMA

Dra. Enelka González de Samudio
Secretaria General
Ministerio de Salud
Panamá

PERU

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

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

UNITED STATES OF AMERICA
ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

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

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

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

**OTHER MEMBER STATES
OTROS ESTADOS MIEMBROS**

**ANTIGUA AND BARBUDA
ANTIGUA Y BARBUDA**

Hon. Samuel R. Aymer
Minister of Health and Civil Service Affairs
Ministry of Health
St. John's

Dr. Kenneth Belle
Medical Officer of Health
Ministry of Health
St. John's

BOLIVIA

Dr. Raúl Silveti
Director de Relaciones Internacionales
Ministerio de Salud
La Paz

CHILE

Dr. Carlos Anríquez
Jefe, Oficina de Cooperación y Asuntos Internacionales
Ministerio de Salud
Santiago

CUBA

Mr. Ramón Prado Rodríguez
Counsellor
Permanent Mission of Cuba to the United Nations
New York, New York

Mr. Raúl Montes García
Second Secretary
Permanent Mission of Cuba to the United Nations
New York, New York

OTHER MEMBER STATES (*cont.*)
OTROS ESTADOS MIEMBROS (*cont.*)

MEXICO

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

Dra. Melba Muniz-Martelón
Directora de Apoyo Financiero Externo
Subsecretaría de Coordinación y Desarrollo
Secretaría de Salud
México, D.F.

Sr. Alfredo Miranda Ortíz
Consejero, Representante Alterno
Misión Permanente de México ante
la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

**PAN AMERICAN SANITARY BUREAU
OFICINA SANITARIA PANAMERICANA**

Secretary ex officio of the Session
Secretario ex officio de la Sesión

Sir George Alleyne
Director

Advisors to the Director
Asesores del Director

Dr. David Brandling-Bennett
Deputy Director

Dr. Mirta Roses
Assistant Director

Dr. Diana LaVertu
Chief of Administration, a.i.

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

Mr. Horst Otterstetter
Director, Division of Health and Environment

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

Dr. José A. Solís
Director, Division of Health Promotion and Protection

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

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

Dr. Irene Klinger
Chief, Office of External Relations

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

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

Technical Secretary
Secretario Técnico

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

Chief, Legal Office
Jefe, Oficina de Asuntos Jurídicos

Dr. Heidi Jiménez

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

Dr. Richard P. Marks

Chief, Conference Services
Jefe, Servicio de Conferencias

Ms. Janice A. Barahona