



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



130.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C., EUA, 24-28 de junio de 2002

Punto 3.1 del orden del día provisional

CE130/5 (Esp.)

13 mayo 2002

ORIGINAL: INGLÉS

INFORME SOBRE LA 36.^a SESIÓN DEL SUBCOMITÉ DE PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN

El Subcomité de Planificación y Programación celebró su 36.^a sesión en la Sede de la Organización en Washington, D.C., los días 25 y 26 de marzo de 2002.

Asistieron a la sesión los delegados de los siguientes Miembros elegidos por el Comité Ejecutivo o designados por el Director: Canadá, Chile, Cuba, El Salvador, Estados Unidos de América, Guyana, Honduras y Uruguay. También estuvieron presentes observadores por Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Jamaica y México.

Fueron electos como autoridades los delegados de El Salvador (Presidente), de Guyana (Vicepresidente) y de Cuba (Relator.)

Los siguientes temas fueron considerados durante estas sesiones:

- Evaluación de las orientaciones estratégicas y programáticas para 1999-2002;
- Plan estratégico para la Oficina Sanitaria Panamericana para el periodo 2003-2007;
- Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI);
- Ampliación de la protección social en materia de salud: Iniciativa conjunta de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo;
- La salud y el envejecimiento;

- Estrategia regional para la reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas;
- La mujer, la salud y el desarrollo;
- Respuesta de salud pública a las enfermedades crónicas;
- Centros Panamericanos.

El informe final de la sesión aparece adjunto.

Anexo



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



36.a SESIÓN DEL SUBCOMITÉ DE PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C., EUA, 25-26 de marzo de 2002

CE130/5 (Esp.)
Anexo

SPP36/FR (Esp.)
27 marzo 2002
ORIGINAL: ESPAÑOL

INFORME FINAL

CONTENIDO

	<i>Página</i>
Mesa Directiva	3
Apertura de la sesión	3
Adopción del orden del día y del programa de reuniones	4
Presentación y debate de los puntos del orden del día	4
Evaluación de las Orientaciones Estratégicas y Programáticas, 1999-2002.....	4
Plan estratégico para la Oficina Sanitaria Panamericana, 2003-2007	7
Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia	13
Extensión de la protección social en la salud: Iniciativa conjunta de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo	16
Salud y envejecimiento.....	20
Estrategia regional para la reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas.....	23
La mujer, la salud y el desarrollo	26
La respuesta de salud pública a las enfermedades crónicas	30
Centros panamericanos.....	33
Otros asuntos	37
Clausura de la sesión	37
 Anexo A: Orden del día Anexo B: Lista de documentos Anexo C: Lista de participantes	

INFORME FINAL

La 36.^a sesión del Subcomité de Planificación y Programación (SPP) del Comité Ejecutivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se celebró en la sede de la Organización en Washington, D.C., los días 25 y 26 de marzo de 2002.

La reunión contó con la asistencia de representantes de los siguientes Miembros del Subcomité elegido por el Comité Ejecutivo o designados por el Director: Canadá, Chile, Cuba, El Salvador, Estados Unidos de América, Guyana, Honduras y Uruguay. También estuvieron presentes observadores por Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Jamaica y México.

Mesa Directiva

Los siguientes Estados Miembros fueron elegidos para constituir la Mesa Directiva del Subcomité para la 36.^a sesión:

Presidente: El Salvador (Dr. José Francisco López Beltrán)

Vicepresidente: Guyana (Dr. Rudolph O. Cummings)

Relator: Cuba (Dr. Antonio D. González Fernández)

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

Apertura de la sesión

El Director inauguró la sesión y dio la bienvenida a los participantes, en especial a los observadores, cuya presencia es la prueba del compromiso de los Estados Miembros con la Organización. Las reuniones del Subcomité de Planificación y Programación siempre fueron muy productivas y aportaron muchas sugerencias útiles para el trabajo de la Secretaría, y estaba seguro de que la 36.^a Reunión no sería ninguna excepción. Como en años previos, alentó a los delegados a que consideraran los documentos como “obras en curso”, que se revisarían y se mejorarían teniendo en cuenta las observaciones del Subcomité. De acuerdo con los esfuerzos de la Secretaría para incluir a sus socios en muchas de sus actividades, se buscó la colaboración de un Estado Miembro, Jamaica, y de otra organización internacional, la Organización Internacional del Trabajo, para

preparar dos de los documentos. Una vez más, este trabajo conjunto había resultado sumamente fructífero, y tenía la seguridad de que los documentos resultantes suscitarían un debate productivo.

El Presidente se unió a la bienvenida del Director y agradeció los Miembros su voto de confianza al elegir a El Salvador para asumir la Presidencia del Subcomité.

Adopción del orden del día y del programa de reuniones (Documentos SPP36/1, Rev. 1, y SPP36/WP/1)

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

Presentación y debate de los puntos del orden del día

Evaluación de las Orientaciones Estratégicas y Programáticas, 1999-2002 (Documento SPP36/3)

El Dr. Germán Perdomo (Asesor Superior de Política, Oficina de Análisis y Planificación Estratégica, OPS) esbozó los resultados de la evaluación intermedia de las Orientaciones Estratégicas y Programáticas (OEP) para 1999–2002, que la Secretaría había emprendido en conformidad con la resolución CSP25.R4. Esa resolución, adoptada por la 25.^a Conferencia Sanitaria Panamericana en 1998, solicitaba al Director aplicar las OEP al programar la cooperación técnica y evaluar sus repercusiones, usando las OEP como marco de referencia, y luego informar de ello a los Cuerpos Directivos. La evaluación intermedia, realizada de abril a junio de 2001, estaba destinada a sentar las bases de la evaluación final que se presentaría a los Cuerpos Directivos más tarde ese año y también hacer aportes para la formulación del plan estratégico 2003-2007.

La evaluación tenía tres objetivos principales: 1) indagar sobre los conocimientos, actitudes y prácticas de los funcionarios de la Oficina en relación con el proceso de formulación de las OEP y su utilización posterior; 2) estimar el grado de avance en el cumplimiento de las metas regionales; y 3) determinar la aplicación de las Orientaciones Estratégicas en la programación de la cooperación técnica. El documento SPP36/3 resumía los resultados. Entre los resultados principales, la evaluación puso de manifiesto que una gran mayoría (87%) de los funcionarios profesionales conocían las OEP, que estaban aplicándose en un porcentaje alto (alrededor de 90%) de los proyectos de cooperación técnica y actividades relacionadas. Debido a la falta de información y otras limitaciones, se analizaron sólo 23 de las 29 metas regionales determinadas mediante las OEP. Algunas metas ya habían sido alcanzadas para junio de 2001, y se encontró que la

mayoría era realizables para fines de 2002. Todas se consideraron realizables a largo plazo, a condición de disponer de los recursos financieros necesarios y otros apoyos.

Con respecto a la evaluación de la repercusión de la cooperación técnica en el marco de las OEP, el Dr. Perdomo señaló varias dificultades metodológicas que obstaculizaban la evaluación de la repercusión, en general, y la de la cooperación técnica en particular —en particular, el hecho que OPS no fuera la única organización que proporcionaba cooperación técnica a los países, lo que dificultaba estudiar precisamente los efectos de sus actividades. Finalizó describiendo el enfoque para preparar la evaluación final que se presentará al Comité Ejecutivo en junio y a la 26.^a Conferencia Sanitaria Panamericana en septiembre. Esa evaluación mostraría el progreso logrado hacia el logro de las 29 metas regionales, usando 1998 como punto de comparación, tanto para la Región en su conjunto como para cada Estado Miembro, y el cumplimiento de las 17 orientaciones programáticas. La evaluación también permitiría extraer enseñanzas con relación al proceso de definir las metas regionales, establecer prioridades, adoptar objetivos y estrategias, monitorear y evaluar. Se esperaba que esa información fuera sumamente útil para la planificación estratégica futura.

En el Subcomité hubo consenso en que la evaluación de las OEP para 1999-2002 fue de importancia crucial no sólo para determinar lo que se había logrado durante el cuatrienio, sino también para establecer directrices para 2003-2007. El Subcomité alentó a la Secretaría a hacer la evaluación final lo más sencilla y directa posible, si bien consideró que el documento destinado a la Conferencia debería contener información más detallada, en particular con relación a las metas regionales y a cómo alcanzarlas para finales de 2002. Varios delegados observaron que las metas regionales eran muy ambiciosas y que, dado el progreso limitado en algunas de ellas hasta el momento, quizá no sea posible alcanzarlas para finales del cuatrienio. En este caso, un objetivo de la evaluación final debe ser identificar las metas que se transferirían al período 2003-2007.

El Subcomité también consideró que la evaluación final debe examinar el grado en que las OEP habían influido la programación y el establecimiento de políticas de salud en los países, reconociendo que las prioridades en algunas subregiones y países quizá se aleja a veces de las OEP, cuando aquellos tienen problemas sanitarios y necesidades dispares. Además, se sugirió que la evaluación debe examinar el grado en que los sistemas y servicios de salud de los países están llevando a cabo acciones para mejorar la calidad de vida de la población desde el punto de vista de la atención primaria de salud, la prevención de enfermedades y la promoción de la salud. Se consideró importante estudiar diferentes grupos dentro de los países, porque los datos nacionales no necesariamente reflejan la situación de ciertos grupos y regiones dentro de cada países. Varios delegados señalaron que un análisis del efecto de las OEP a nivel nacional quizá también aporte información útil para evaluar la repercusión de la cooperación técnica de la OPS y su eficacia al tratar las necesidades de los países.

Diversos participantes comentaron que, si bien la Secretaría podía considerarse responsable de algunas de las metas regionales, otras dependían de la acción nacional, que, a su vez, depende con frecuencia de la disponibilidad de recursos para el desarrollo procedentes de otros organismos distintos de la OPS. Se sugirió que las futuras orientaciones estratégicas y programáticas diferencien entre las metas que fueron verdaderamente manejables por la Secretaría y las metas que la Secretaría vigilaría, pero sin ser directamente responsable de su logro. A este respecto, un delegado propuso que los Cuerpos Directivos reconsideren el cambio de política que tuvo lugar en 1994, cuando se consideró que las OEP eran responsabilidad exclusiva de la Secretaría, no del conjunto de la Organización.

El Subcomité expresó inquietud por las carencias de información identificadas en la evaluación intermedia. Se sugirió que, al seleccionar las futuras metas regionales, la Organización tenga en cuenta los puntos fuertes y los puntos débiles de los sistemas existentes de información sanitaria y su capacidad de producir los datos necesarios para vigilancia y evaluación. Sin embargo, también se señaló que la falta de datos para medir algunas metas no fue sólo negativa pues, a veces, establecer objetivos no sólo inspiró la acción para abordar importantes necesidades sanitarias, sino que contribuyó a que se redoblaran esfuerzos por mejorar la recogida de datos que permitiera su monitoreo. Un delegado observó que, mientras los sistemas de información están mejorándose para producir los datos necesarios, quizá sea posible usar indicadores alternativos que pongan de manifiesto el progreso.

Por último, vista la falta de información, algunos delegados sugirieron que el período de evaluación se prolongara más allá de finales de 2002, para disponer de más tiempo para recopilar la información necesaria para determinar si se habían alcanzado las metas regionales, y para realizar una evaluación más exhaustiva de la repercusión de las OEP en los países. Con ese fin, un delegado propuso que el Subcomité recomendara al Comité Ejecutivo que difiriese la consideración de la evaluación final hasta 2003.

El Dr. Perdomo agradeció a los delegados sus valiosas sugerencias, que la Secretaría tendrá presentes al preparar la evaluación final. Destacó dos puntos que habían surgido de la discusión del Subcomité: la necesidad de evaluar el grado en que las OEP se habían incorporado a los planes y las políticas a nivel nacional y el cambio crucial entre considerar las OEP responsabilidad de la Organización en su conjunto y considerarlas responsabilidad exclusiva de la Secretaría.

El Director estuvo de acuerdo en que las metas regionales habían sido ambiciosas, pero consideraba importante no establecer metas que pudieran alcanzarse demasiado fácilmente. Por otro lado, las metas no deben ser tan alejadas que nunca puedan lograrse. Es necesario llegar a un equilibrio. Consideró que los Cuerpos Directivos habían hecho

un buen trabajo, en el transcurso de los años, para encontrar tal equilibrio en las orientaciones estratégicas y programáticas que habían aprobado.

La evaluación intermedia había servido para alertar con relación a algunas metas. La falta de progreso hacia la reducción de la mortalidad en la niñez y en cuanto al tamizaje de la sífilis en los bancos de sangre, por ejemplo, son causa de grave inquietud, como también la falta de fuentes de información en cuestiones como el consumo de tabaco. Las carencias de información reveladas mediante la evaluación pusieron de manifiesto la importancia de mejorar la recopilación de datos. Con el transcurso de los años la Organización ha invertido mucho dinero para ayudar a los países a producir datos de calidad, pues la OPS se comprometió a publicar sólo información oficial presentada por los Estados Miembros. Las deficiencias que la evaluación puso de relieve recalcan la necesidad de redoblar esfuerzos para producir la información necesaria.

En cuanto al tema fundamental de la responsabilidad de las OEP, cuando la Conferencia Sanitaria Panamericana consideró las orientaciones estratégicas y programáticas en 1994, los Gobiernos Miembros habían recalcado que deseaban una afirmación clara de lo que sería la responsabilidad de la Secretaría —es decir, no sólo lo que la Secretaría se comprometía a lograr, sino lo que quedaría dentro de su competencia y responsabilidad. Fue de la opinión de que había sido correcto considerar a la Secretaría responsable de ciertas metas y actividades. No obstante, estuvo de acuerdo con la sugerencia del Subcomité de que la evaluación debe intentar determinar cómo las OEP habían servido de base a las políticas y los programas en los Estados Miembros.

En cuanto a la sugerencia de que quizá sea preferible presentar la evaluación final a los Cuerpos Directivos en 2003, estuvo de acuerdo en que prorrogar la fecha de entrega permitiría a la Secretaría llevar a cabo un análisis más integral y proporcionar una imagen más completa del cuatrienio. Sin embargo, la resolución aprobada por los Cuerpos Directivos en 1998 exige que se presente la evaluación al finalizar el período de cuatro años. Es más, en septiembre sería necesario que la 26.^a Conferencia Sanitaria Panamericana adoptara un nuevo plan estratégico para el próximo período. Por consiguiente, propuso que se presentara la evaluación a los Cuerpos Directivos más adelante en 2002, según lo previsto, pero a condición de que la Secretaría siguiera trabajando para refinarla a medida que se dispusiera de datos adicionales en 2003.

El Subcomité no recomendó al Comité Ejecutivo que difiriese la consideración de la evaluación final de las OEP hasta 2003.

Plan estratégico para la Oficina Sanitaria Panamericana, 2003-2007

La Dra. Karen Sealey (Jefa, Oficina de Análisis y Planificación Estratégica, OPS) presentó el plan estratégico para el período 2003-2007, recalcando que su redacción se

había orientado en los principios de equidad y panamericanismo, ideales con los que la OPS había estado comprometida a lo largo de sus 100 años de historia. Como en el caso de las orientaciones estratégicas y programáticas para 1999-2002, el plan estratégico propuesto se centra en lo que la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP), como secretaria de la OPS, haría por apoyar las metas de los Estados Miembros de la Organización.

Empezó por resumir las características clave del proceso de planificación, con el que se pretendía no sólo aclarar lo que la Secretaría haría en los próximos cinco años y establecer prioridades regionales de cooperación técnica y asignación de recursos, sino también describir cómo lo haría e identificar enfoques estratégicos y maneras de mejorar el desempeño de la Secretaría. En este proceso también se procuraba incorporar un marco de vigilancia y evaluación que permitiría evaluar el logro tanto de las prioridades técnicas como de las iniciativas de desarrollo institucional que la Secretaría esperaba emprender. Luego examinó los valores que guiarían el trabajo de la Oficina (equidad, excelencia, solidaridad, respeto e integridad) y su visión, misión y funciones, recalando que el objetivo del primario de la OSP era ayudar a los países de América a que se ayuden a sí mismos y mutuamente a mejorar la salud y los sistemas y afecciones con ella relacionados.

El plan que se presenta al Subcomité es el resultado de un amplio proceso de análisis y consulta con personal a todos los niveles de la Organización, con los Gobiernos Miembros y con interesados directos externos. El análisis externo había identificado tres fuerzas principales del cambio, fundamentales para el desarrollo sanitario en la Región: la mundialización, el cambio ambiental, y la ciencia y tecnología. Los diferentes modelos demográficos y epidemiológicos, y las tendencias de los factores determinantes de la salud en toda la Región también configurarían el enfoque de la Secretaría en materia de cooperación técnica con los países. En cuanto al análisis interno, una encuesta de las percepciones de los gerentes en cuanto a los puntos fuertes y débiles de la Oficina y una rápida evaluación de la organización había dado como resultado una mejor comprensión de su desempeño y una referencia para vigilar el progreso del desarrollo institucional. El plan establecido en el Documento SPP36/4 describía la respuesta de la OSP a la situación revelada mediante análisis internos y externos. Identificó tres áreas principales para la acción: grupos de población especiales (de bajos ingresos o poblaciones pobres, grupos étnicos y raciales, y mujeres); países clave (países pobres muy endeudados o países que, debido a su nivel relativamente bajo de desarrollo sanitario, necesitan el interés colectivo de los Estados Miembros de la OPS, en particular Bolivia, Guyana, Haití, Honduras y Nicaragua); y áreas técnicas prioritarias.

La meta global de la cooperación técnica de la OSP sería reducir la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad excesivas durante toda la vida, especialmente entre los pobres y otros grupos que experimentan inequidades en salud. El plan identificó ocho áreas prioritarias de cooperación técnica encaminada a alcanzar esa meta, y seis

indicadores de su logro. Para cada una de las áreas de cooperación técnica, también resume los principales temas y los retos, los puntos fuertes y débiles de la OSP y las oportunidades para la acción, los objetivos de cooperación técnica y las estrategias para alcanzarlos. La Dra. Sealey señaló que algunos de los objetivos van claramente más allá del interés que la Secretaría puede gestionar, por lo que su logro requeriría la acción conjunta con otros organismos, así como un compromiso de los países. Finalizó por destacar los temas, a escala de toda la organización, que la Secretaría se esforzaría en abordar durante el período 2003-2007, para crear un valor añadido y aumentar la eficacia y la eficiencia de su cooperación técnica.

El Subcomité alabó la acción de la Secretaría, y a la Dra. Sealey en particular, por la calidad del documento, que presenta una visión integral de los temas que afrontan los países de la Región y refleja los principios de equidad y panamericanismo. Varios delegados consideraron que el plan estratégico propuesto representa un mejoramiento sustancial con respecto a anteriores marcos estratégicos y programáticos. El Subcomité también se felicitó por la inclusión de objetivos de organización específicos en relación con el desarrollo institucional y el desempeño, y aplaudió a la Secretaría por su franqueza al reconocer que pueden mejorarse los procesos de recursos humanos y de gestión, como también la planificación, programación y evaluación. Todos los delegados elogiaron los esfuerzos de la Secretaría para incluir a tantos interesados directos como posible –tanto internos como externos– en el proceso de determinar las prioridades y formular el plan. En ese sentido, se sugirió que quizá sea útil que los Estados Miembros tengan acceso a los análisis de fondo realizados al preparar la formulación del plan.

Se expresó alguna inquietud acerca del número y la variedad de prioridades y posibles ámbitos de actividad identificados en el plan, especialmente vista la probabilidad de que la Organización siga sufriendo imperativos presupuestarios en el futuro. Con relación a los asuntos presupuestarios, también se señaló que el plan estratégico propuesto no podría realmente encontrar expresión en el presupuesto de la Organización hasta 2004, ya que el presupuesto bienal por programas para 2002-2003 reflejaba las orientaciones estratégicas y programáticas para 1999-2002. Se hicieron varias preguntas con respecto a la vinculación entre las prioridades del plan estratégico y las del Programa General de Trabajo de la OMS para 2002-2005. Considerando los retos de la cooperación al desarrollo destacados en el documento y la dependencia de los países más pobres de la asistencia externa, también se sugirió que quizás convenga vincular las prioridades de la OPS con las de otros organismos del sector del desarrollo. Además, se sugirió que, al crear el marco para la puesta en práctica del plan, la Secretaría se esfuerce en estratificar las intervenciones para ayudar los países con menos recursos a decidir qué líneas de acción emprenderán.

Como en el anterior debate sobre las OEP para 1999-2002, algunos delegados mantuvieron que los objetivos deben considerarse responsabilidad conjunta de la

Secretaría y los Estados Miembros. Un delegado opinó que el plan estratégico debe volverse a redactar para reflejar mejor ese compromiso conjunto. A tal efecto, propuso que el Comité Ejecutivo nombre a un grupo especial, compuesto por representantes de los Estados Miembros designados por el Comité y el Director, para redactar el nuevo documento.

Los miembros hicieron varias sugerencias específicas para mejorar el plan y también presentaron diversos comentarios por escrito. Con relación a la descripción del contexto y el entorno para la formulación y ejecución del plan estratégico, se sugirió que incluir cuadros o gráficos quizá ayudara a ilustrar la información más claramente. Un delegado señaló que la sección sobre la globalización parecía presentar un criterio bastante negativo, y pidió que la Secretaría reexaminara esa sección para presentar una evaluación más equilibrada de los efectos de la globalización sobre la salud. Otro delegado recomendó que la declaración sobre la visión, en la que se afirmaba que la OSP sería el catalizador principal para velar por que todos los pueblos de las Américas gocen de óptima salud, se modifique para que diga “un catalizador principal”, ya que muchos otros organismos nacionales e internacionales también están trabajando para mejorar la salud en América.

Varios delegados recalcaron la necesidad de insistir más en la promoción de la salud y los modos de vida sanos. Se señaló que todos los indicadores para el monitoreo del logro de la meta general de cooperación técnica de la OSP tenían que ver con la reducción de la morbilidad y la mortalidad. Aun reconociendo la dificultad de elaborar indicadores para medir la promoción de la salud y las mejoras de la calidad de vida, se instó a la Secretaría a que tratara de incorporar tales indicadores. Varios delegados también señalaron la necesidad de mencionar explícitamente a los niños y a los pueblos indígenas entre los grupos de población específicos destinatarios del plan, y de incluir prioridades específicas en relación con ellos. Otras sugerencias incluían la incorporación de objetivos específicos en relación con la infección por el VIH/SIDA, la tuberculosis, la reducción de la resistencia a los antibióticos, la hipertensión y el mejoramiento de los laboratorios de salud pública como una función esencial de salud pública. Además, varios delegados señalaron que el bioterrorismo y otras formas de terrorismo plantean una amenaza grave para la salud y el bienestar de los pueblos de las Américas, y que abordar esa amenaza debe ser una prioridad para todos los países y para la OPS, que durante mucho tiempo fue líder en preparativos para situaciones de emergencia y mitigación de desastres en la Región.

La Dra. Sealey agradeció a los delegados sus detalladas sugerencias, que la Secretaría tendrá presentes al revisar el documento para el Comité Ejecutivo. Observó que el Subcomité había indicado la inclusión de varias prioridades adicionales, pero, lamentablemente, los Miembros no habían proporcionado mucha orientación con respecto a qué prioridades deben recortarse para dejar campo a dichas nuevas prioridades.

De todos modos, está claro que la Secretaría tiene que seguir trabajando para refinar el proceso de establecimiento de prioridades, basándose en la información de que dispone y teniendo presente la necesidad de reflejar las prioridades de la Región en su conjunto. Obviamente, algunos temas tenían mayor prioridad para algunos países y no todas las prioridades nacionales pudieron incluirse. Por lo que se refiere a las sugerencias con respecto a los niños y a los grupos indígenas, señaló que los pueblos indígenas habían sido incluidos en el epígrafe más amplio de “grupos raciales y étnicos”. El objetivo era determinar los grupos que, por raza, grupo étnico u otras razones, experimentaban desigualdades de salud. Sin embargo, la Secretaría consideraría nuevamente la idea de ver tanto a los pueblos indígenas como a los niños como grupos específicos.

Respondiendo a la recomendación de que la Secretaría proporcione a los Estados Miembros los antecedentes usados al elaborar el plan, dijo que los documentos analíticos clave se publicarían en el sitio web de la Organización. En cuanto a las sugerencias sobre los indicadores para la medición del logro de la meta general de la cooperación técnica, la Secretaría había estado luchando para encontrar indicadores que reflejaran no sólo la morbilidad y la mortalidad sino también los logros en materia de promoción de la salud y mejoramiento de la calidad de vida. Estuvo de acuerdo en que el plan debe incluir tales indicadores, aunque la naturaleza de los datos actualmente disponibles en los países quizá dificulte la medición real del progreso en esas áreas. En cuanto a la estratificación de las intervenciones, estuvo de acuerdo en que, en lugar de sugerir estrategias generales a todos los países, sería preferible hacer sugerencias acerca de qué clases de estrategias y actividades quizá sean más útiles para ciertas categorías de países, sabiendo que los países elegirían la alternativa final en conformidad con sus necesidades y medios.

Por lo que respecta a las observaciones sobre la vinculación entre el plan estratégico y el presupuesto de la Organización, aseguró al Subcomité que tal vinculación no se había pasado por alto. Los miembros recordarían que el SPP había tratado la política presupuestaria regional en 2000, y se acordó que después de haber elaborado el plan estratégico se reexaminaría el tema del presupuesto para asegurar que el plan orientara la asignación de recursos. Era verdad que el plan estratégico, si se aprobaba, no se reflejaría plenamente en el presupuesto bienal por programas (BPB) hasta 2004. No obstante, el proceso de programación fue lo bastante flexible como para acomodar el nuevo plan. A la evaluación intermedia del BPB 2002-2003, a las diversas unidades técnicas se les pediría que ajustaran sus programas actuales para reflejar el plan aprobado por los Cuerpos Directivos. En cuanto a la vinculación con las prioridades de la OMS de las prioridades determinadas bajo el plan estratégico, aseguró al Subcomité que la Secretaría había comparado cuidadosamente los dos conjuntos de prioridades y consideraba que son plenamente congruentes. Algunas prioridades de la OMS no se encuentran explícitamente en el plan estratégico, porque no se consideraron prioridades para la Región de las Américas en su conjunto.

El Director comentó que había participado en varios ejercicios de planificación estratégica y rara vez había presenciado un proceso más participativo o iterativo. Las ideas subyacentes al plan habían sido tratadas por los Cuerpos Directivos en varias ocasiones. Diversas versiones del documento se habían circularizado entre los países, a quienes reiteradamente se había invitado a formular observaciones. Desde luego, no había sido posible incorporar todas las observaciones recibidas, pero creía que el proceso había sido genuinamente participativo y estaba seguro de que el plan propuesto reflejaba honradamente las prioridades que los países querían que la Secretaría persiguiese. Las sugerencias del Subcomité, que reflejaban claramente el examen cuidadoso y detallado del documento por los Miembros, permitirían a la Secretaría seguir mejorando el plan antes de la reunión del Comité Ejecutivo en junio.

Tocando el tema de las responsabilidades de la Secretaría frente a las de la Organización en su conjunto, consideró que los Cuerpos Directivos habían dado un gran paso adelante en 1994 al acordar que la Secretaría tenía que comunicar claramente lo que pensaba hacer. Ese es un aspecto fundamental de buena gestión en organizaciones como la OPS, ya que la Secretaría es el custodio de los recursos asignados por los Estados Miembros. Es muy importante hacer esa distinción y considerar responsable a la Secretaría. Es más, la OPS no es una organización supragubernamental que pretenda imponer acciones a los países, por lo cual la Secretaría nunca diría que los Estados Miembros tienen que aceptar las prioridades que ella identificó. Los proyectos de cooperación técnica a escala nacional están relacionados con las prioridades establecidas por cada país. No obstante, él creía que había consenso entre los países del continente acerca de ciertas prioridades que deben guiar la cooperación técnica a nivel regional.

En cuanto a la declaración sobre la visión, opinó que es importante preservar la redacción actual. Sin duda, había otros organismos que trabajaban para mejorar la salud en las Américas, pero la OPS aspira verdaderamente a ser la mejor de ellos. En cuanto a la vinculación de las prioridades de la OPS con las de otros sectores y organizaciones, en los últimos años la Secretaría había estado trabajando en pro de una coordinación más estrecha con instituciones financieras internacionales. La Agenda Compartida para la Salud en las Américas, firmada por la OPS, el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo en 2000, es una expresión de ese esfuerzo. El plan estratégico, si lo aprueban los Cuerpos Directivos, proporcionará una base para continuar el diálogo con socios del sector financiero y otros.

En respuesta a la sugerencia de que se nombre un grupo especial para revisar el documento antes de la reunión del Comité Ejecutivo en junio, señaló que sería sumamente difícil organizar una reunión de tal grupo y elaborar un nuevo documento antes de la reunión del Comité en junio. Por consiguiente, instaba al Subcomité a no recomendar este particular. No obstante, la Secretaría recibe con beneplácito los

comentarios permanentes de los países, que sirven para refinar el plan que está preparándose para su presentación al Comité Ejecutivo.

El Subcomité no recomendó la creación de un grupo especial para volver a redactar el plan estratégico.

***Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia
(Documento SPP36/5)***

El Dr. Yehuda Benguigui (Asesor Regional de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, OPS) esbozó el progreso logrado en aplicar la estrategia de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) en la Región y destacó los obstáculos principales para ampliar la ejecución de la estrategia y extender sus beneficios a cada niño de las Américas. La estrategia de AIEPI, desarrollada conjuntamente por la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en 1992, es reconocida como una de las intervenciones más rentables para reducir la mortalidad y la morbilidad y para mejorar la atención y la nutrición de los niños en los cinco primeros años de vida. El Consejo Directivo de la OPS aprobó una resolución en 1999 instando a los Estados Miembros a que adopten y amplíen la ejecución de la estrategia e insten al Director a que apoye activamente el proceso. El mismo año, la OPS había lanzado la iniciativa "Niños sanos: la meta de 2002", con la intención de evitar 100.000 defunciones de niños menores de 5 años entre 1999 y 2002 y de garantizar el acceso a la estrategia, especialmente a los grupos más vulnerables.

A finales de 2001, 17 de los países de la Región habían adoptado la estrategia, y todos habían adoptado iniciativa "Niños sanos: la meta de 2002". Los resultados habían sido sumamente positivos. Las evaluaciones revelaron mejoras significativas en diversos indicadores de la calidad de atención y reducciones sustanciales de las defunciones por enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas, que representaban la proporción más grande de la mortalidad por el conjunto de problemas de salud del niño abordados por la estrategia de AIEPI. No obstante, los beneficios obvios de la estrategia al prevenir las enfermedades y promover la salud todavía tenían que llegar a muchos niños del continente. El documento SPP36/5 resume los principales retos para ampliar el recurso a la estrategia de AIEPI y propone varias acciones para abordar esos retos. Se pidió al Subcomité que formulara observaciones sobre las acciones propuestas y sugiriera enfoques para aumentar el acceso a AIEPI, incorporando el adiestramiento de AIEPI a la educación de los trabajadores de salud, agregando nuevos componentes a la estrategia para adaptarla más a los diferentes perfiles epidemiológicos de los países, fomentando el uso de las 16 prácticas familiares clave identificadas por la OPS/OMS y el UNICEF para asegurar el crecimiento saludable y el desarrollo de los niños, y movilizándolo recursos para ampliar la aplicación de AIEPI.

El Subcomité expresó el apoyo unánime a la estrategia de AIEPI y se felicitó del progreso logrado para mejorar la salud de los niños en los países que estaban aplicando la estrategia. Aunque algunos delegados dijeron que sus gobiernos no habían adoptado AIEPI como estrategia oficial de sus programas de salud nacionales, señalaron que enfoques similares estaban aplicándose con éxito en sus países. El Subcomité también recalcó la importancia de la vigilancia y la evaluación para identificar las prácticas adecuadas y evitar “reinventar la rueda”. La difusión de información sobre las experiencias tanto exitosas como infructuosas con AIEPI es, por consiguiente, una función crucial de la OPS, como también lo es ayudar a mejorar la recogida de datos para que los países puedan medir la repercusión de la estrategia. Varios países ofrecieron compartir su experiencia con otros países de la Región.

Algunos delegados opinaron que no debe añadirse ningún componente adicional a la estrategia de AIEPI mientras no se ejecute plenamente en toda la Región. Se recalcó la necesidad de llegar a los niños indígenas y a otros grupos vulnerables. Sin embargo, otros delegados afirmaron que la estrategia debe adaptarse al perfil epidemiológico y a las necesidades específicas de cada país y comunidad local. Esos delegados subrayaron la necesidad de abordar problemas como la malaria, la infección por el VIH/SIDA, la violencia, los accidentes y el maltrato de menores, prevalentes en algunos países y con extraordinarias repercusiones sobre la salud de niños.

Se recalcó la importancia del componente educativo de la estrategia. La educación de las familias –y, especialmente, la de las madres– se consideró fundamental para el éxito de la estrategia. Varios delegados señalaron que la salud del niño está íntimamente relacionada con la salud materna y recalcaron la necesidad de una buena atención prenatal para tener bebés sanos que sobrevivirán y se convertirán en niños sanos y adultos sanos. También se consideran fundamentales la comunicación de masas y la educación de la comunidad. Con relación a la educación de los profesionales de la salud, es necesario aumentar el conocimiento y el uso de AIEPI entre los profesionales actuales, así como entre los estudiantes. Con ese fin, se sugirió que deben explorarse las posibilidades de adiestramiento sobre el terreno y los programas incentivados.

Los delegados hicieron varias sugerencias específicas para mejorar el documento, incluida la incorporación de información más detallada sobre cuáles son los grupos de niños vulnerables a los que actualmente no llega la estrategia de AIEPI, y datos comparativos sobre el uso de medicamentos en países que habían adoptado AIEPI frente a los de países que no estaban aplicando los enfoques de AIEPI. Un delegado sugirió que, para reflejar mejor el énfasis de la estrategia en el niño y la promoción de la salud del niño, la Organización podría considerar la posibilidad de darle un nuevo nombre, como “Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia”.

El Dr. Benguigui señaló que el documento al respecto se había concebido para proporcionar un resumen sumario del progreso en cuanto a la puesta en práctica de la estrategia de AIEPI en la región, por lo que no aportaba muchos detalles sobre asuntos como la educación de la comunidad y familiar, el adiestramiento de los recursos humanos, la vigilancia y la evaluación. En el documento que se prepararía para el Comité Ejecutivo se incluiría información más explícita. En realidad, se estaban abordando muchos de los temas planteados por los delegados. La educación de la familia, especialmente de la madre, es una de las claves de la estrategia de AIEPI, aunque el documento no describa todos los enfoques e instrumentos empleados al efecto. Le complacía anunciar que un especialista en comunicaciones pronto acompañaría al personal de la unidad regional de AIEPI, que impulsaría la capacidad de la unidad para ayudar los países en el área de la comunicación y la información en relación con AIEPI. La vigilancia y evaluación eran también aspectos clave de la estrategia. La OMS, con apoyo de la Fundación Gates, estaba actualmente realizando un examen analítico de la aplicación de AIEPI en todo el mundo. La OPS estaba participando activamente en ese examen, que analizaría los indicadores tanto del proceso como de la repercusión. La atención prenatal también es de importancia capital. Los programas tanto mundiales como regionales están trabajando para mejorar la salud prenatal, aunque la OPS había decidido recalcar la salud neonatal con el programa de AIEPI para evitar duplicación de esfuerzos y recursos.

Con relación a la incorporación de nuevos componentes a la estrategia de AIEPI, señaló que muchos países de la Región estaban experimentando una transición epidemiológica, en la cual problemas como las enfermedades diarreicas y las infecciones respiratorias agudas coexistían con enfermedades crónicas como el asma y con tasas altas de violencia y accidentes, que fueron también contribuyentes significativos a la morbilidad y la mortalidad de niños y tuvieron una repercusión enorme sobre la calidad de vida de los niños. En algunos países, la malaria y la infección por el VIH-SIDA también constituyen graves problemas. Por eso, se considera esencial adaptar la estrategia al perfil epidemiológico y a las necesidades específicas de cada país y comunidad local.

El Director agregó que la idea es adaptar la estrategia a los problemas prevalentes para los cuales podría ser eficaz tal enfoque de manejo integrado. En ese sentido, se preguntaba si el documento no era demasiado purista al nombrar los países que habían adoptado la estrategia, pues es obvio que muchos otros países estaban aplicando enfoques de gestión integrada de la salud del niño, aunque quizá los llamen algo distinto de AIEPI. En lo que se refiere a evaluar la repercusión de los enfoques de AIEPI, había llegado a la conclusión de que la mortalidad general de los menores de 5 años quizá sea un mejor indicador que la mortalidad específica por enfermedad. De igual manera, echando la vista atrás, piensa que quizá hubiera sido mejor incluir la reducción de la brecha entre los países o los grupos de población con tasas de mortalidad en la niñez más altas y más bajas en la meta de la iniciativa “niños sanos”, en lugar de establecer la meta de prevenir

un cierto número de defunciones de niños. Tal objetivo habría estado más de acuerdo con el énfasis de la Organización por aumentar la equidad en salud.

En cuanto al aspecto de la comunicación y la información de AIEPI, observó que mucho de lo que el programa de AIEPI estaba haciendo entra en el ámbito de la “comunicación social”, aunque no hubiera habido un funcionario con esa función específica. Difundir la información para indicar que la estrategia funcionaba era esencial para persuadir a ministerios de salud y otros actores del sector sanitario de que se adhieran a ella como medio de reducir la mortalidad en la niñez. Como el Subcomité había señalado, uno de las mejores maneras de hacer esto es intercambiar las experiencias exitosas de los países que habían aplicado AIEPI.

Extensión de la protección social en la salud: Iniciativa conjunta de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo (Documento SPP36/6)

El Dr. Daniel López Acuña (Director, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, OPS) y el Sr. Emmanuel Reynaud (Jefe, Política de seguridad social y División de Desarrollo, OIT) describieron una iniciativa conjunta emprendida por la OPS y la Organización Internacional del Trabajo (OIT) para promover el acceso equitativo a los servicios de salud en América Latina y el Caribe, especialmente para la gran proporción de la población que actualmente no tiene cobertura adecuada de atención sanitaria. Los objetivos específicos de la iniciativa eran: 1) permitir a los Estados Miembros de ambas organizaciones ampliar la cobertura de los sistemas de atención de salud y elaborar políticas para extender la protección social en salud, en particular en el sector informal, tanto en zonas urbanas como rurales y entre grupos sin protección; y 2) incluir a todos los interesados directos principales en el proceso de diseño, ejecución, monitoreo y evaluación de políticas para conseguir apoyo público para la política de reforma sanitaria que fomente la inclusión y no dé lugar a mayor exclusión, marginación y falta de protección social.

“La protección social en salud” se define como la garantía que la sociedad otorga, por conducto de los poderes públicos, para que un individuo, o grupo de individuos, pueda satisfacer sus demandas de salud, al obtener acceso a los servicios de manera adecuada ya sea al sistema o a alguno de los subsistemas de salud existentes en el país, sin que la capacidad de pago sea un factor restrictivo. Son tres las condiciones que se deben cumplir para que la protección social en salud pueda funcionar en la práctica como una garantía, a saber: el acceso a los servicios de salud, la seguridad financiera del hogar y la dignidad en la atención. El documento SPP36/6 identifica los factores que conducen a la exclusión en la salud –en particular la pobreza– y los obstáculos principales para extender la protección social. Asimismo identifica varias estrategias para extender la protección social en salud, a partir de intervenciones que han demostrado su eficacia en

los países de América Latina y el Caribe. Entre ellas figuran el establecimiento de regímenes especiales de seguridad social sin esquema contributivo; los esquemas de seguro voluntario con subsidio gubernamental; la expansión limitada de la oferta de servicios; los sistemas comunitarios de protección social, y el desarrollo gradual de sistemas de salud unificados, que combinen subsistemas públicos y privados.

El documento propone cuatro líneas de acción en relación con la política del gobierno sobre la protección social, el financiamiento de la protección social, el seguro de salud y la prestación de servicios. Un sentido de la propiedad por parte de los países se considera crucial para el éxito de la iniciativa. Por consiguiente fomentaría el desarrollo de un proceso participativo a nivel nacional, incluyendo a los interesados directos clave del sector sanitario y otros. Ese proceso conduciría a la formulación de una estrategia y un plan de acción nacionales para extender la protección social en salud. A nivel regional, la OPS y la OIT apoyarían a los países mediante diversas actividades, como la cooperación técnica, el establecimiento de un centro de distribución de información sobre prácticas adecuadas y conocimiento, y la movilización de recursos.

El Subcomité se felicitó por esta iniciativa conjunta, asociación estratégica que combinaría sinérgicamente los puntos fuertes respectivos y la pericia de la OPS y la OIT para ayudar a los países a ampliar la protección social y mejorar el acceso a los servicios de salud de grupos de población vulnerables y marginados. La iniciativa está ampliamente justificada por el enorme número de personas de la Región que carecen de todo tipo de protección social. Es más, el problema de la exclusión está aumentando a medida que aumenta la proporción de la población que recurre a la economía informal para ganarse la vida. El Subcomité consideró esencial un enfoque multisectorial al problema, dadas las vinculaciones entre la salud y la pobreza, los ingresos, el empleo, la educación, la vivienda y otros factores. Por ese motivo, los esfuerzos para combatir la exclusión y la falta de protección social deben procurar incluir otras a organizaciones multilaterales y bilaterales –incluida la OMS a nivel mundial–, así como a los gobiernos y a la comunidad.

El Subcomité también recalcó que el acceso a los servicios básicos de salud debe considerarse un derecho de todas las personas, que los gobiernos tienen la responsabilidad de garantizar. Al mismo tiempo, se reconoció que los gobiernos a menudo no podían asumir la entera responsabilidad del suministro de protección social, y que el sector privado y las organizaciones no gubernamentales también tienen un papel importante que desempeñar. Cada país debe evaluar la magnitud y las causas de la exclusión social y crear soluciones apropiadas de acuerdo con su realidad nacional.

Los delegados hicieron varias sugerencias para mejorar el documento. Una fue incorporar estudios de casos de programas e iniciativas que habían tenido éxito en mejorar la prestación de servicios a grupos de población sin protección. Otras consistían

en definiciones más claras de conceptos como “protección social”, “bienestar social” y “seguridad social”, que quizá se interpreten de modos diferentes en diversos países. Un delegado pidió que se aclarasen las cifras de exclusión de la protección social citadas en el documento, y advirtió contra el uso de indicadores para medir la exclusión sólo en términos de la demanda de servicios de salud, ya que ésta se ve influida por múltiples factores, incluidas las percepciones culturales sobre la salud y la enfermedad y cuestiones económicas y sociales. También se solicitó la aclaración de las funciones respectivas de la OPS y la OIT en la iniciativa. Al observar el énfasis del documento en la atención sanitaria con fines curativos, otro delegado recomendó insistir más en el acceso a los servicios para la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, que son asimismo aspectos esenciales de la protección social en la salud. Se hicieron varias preguntas con relación a los estudios de esquemas de microseguro y otras investigaciones que iban a emprenderse de conformidad con el memorando de entendimiento firmado por ambas organizaciones. Además, se señaló que la cobertura universal no necesariamente garantiza el acceso equitativo a la atención de salud, especialmente en sistemas con financiamiento mixto público y privado, y se sugirió que los estudios de diferentes esquemas de seguro incluyan un examen crítico de su equidad relativa.

El Dr. López Acuña estuvo de acuerdo en que llevar a cabo actividades para extender la protección social en salud debe ser tarea de los Estados Miembros. No es algo que puedan hacer la OPS o la OIT, y la iniciativa no tiene por objeto asignarles esa función. Los países deben tomar la iniciativa de formular y aplicar políticas de extensión de la protección social, y evaluar su eficacia. La iniciativa de la OPS y la OIT estaba concebida para apoyar la acción a nivel nacional y recabar la información sobre las experiencias que ayudarían a los países a aplicar prácticas adecuadas y realizar economías de escala. Como el Subcomité había señalado, no puede haber una receta única para extender la protección social en salud. Era esencial que cada país desarrolle un marco de protección social adecuado a sus necesidades específicas mediante un proceso de diálogo y llegando a un consenso nacional que incluya a una gama amplia de interesados directos.

En respuesta a las preguntas sobre el memorando de entendimiento, observó que varias de las actividades mencionadas ya se habían llevado a cabo. Por ejemplo, en 1999 y principios de 2000, la OPS y la OIT habían realizado un análisis comparativo de las políticas de protección social de los países, un análisis de las experiencias con microseguro en América, un análisis de diferentes métodos de medición de la exclusión y de las diversas perspectivas que pueden derivarse de esos métodos, y un estudio de los modelos de gastos de dinero propio en los países de la Región. Todos esos estudios habían formado parte de la documentación de antecedentes para la reunión regional de 1999 sobre la extensión de la protección social para la atención de salud a las personas sin protección en América Latina y el Caribe, que había dado lugar a la iniciativa. El documento preparado para el Subcomité fue intencionalmente breve, por lo que no reflejó

muchos detalles acerca de los resultados de los estudios, pero la Secretaría proporcionaría con mucho gusto toda la documentación de antecedentes a los Estados Miembros.

En cuanto a la participación de otras organizaciones, señaló que varios organismos de desarrollo bilateral habían incorporado recientemente el tema de la protección social en salud a sus programas de cooperación y también habían expresado interés por apoyar los cometidos conjuntos de dos o más organizaciones internacionales para potenciar la capacidad nacional en este campo. La OPS y la OIT procurarían movilizar los recursos para la iniciativa conjunta y para los esfuerzos nacionales de esos organismos, así como de instituciones multilaterales de crédito y de fuentes nacionales. En cuanto a la OMS, la iniciativa regional constituiría una valiosa contribución al trabajo relacionado que está haciendo con relación a la política de financiamiento de la atención de salud.

Al contestar a preguntas sobre las funciones respectivas de la OPS y la OIT, el Sr. Reynaud dijo que, por decirlo simplemente, a la OPS/OMS le preocupaba lo relativo al suministro de atención sanitaria, en lo tocante al acceso, mientras que la OIT estaba más interesada con el aspecto de la demanda, ya que los empleadores y los trabajadores, junto con los gobiernos, son sus miembros principales y son interesados directos clave en cualquier debate sobre la protección social y los esquemas de seguridad social. Este enfoque de la relación puede parecer simplista, pero también es pragmático, ya que la experiencia indica que los esfuerzos por ampliar la cobertura de atención de salud no pueden tener éxito sin un suministro adecuado, al tiempo que también debe haber una demanda adecuada para financiar el suministro.

En lo que se refiere al tema de la equidad, señaló que los países se enfrentan con un dilema difícil: cuando una gran parte de la población está excluida, ¿es mejor tratar de extender el mismo nivel y calidad de protección a todos, o diseñar un esquema o sistema especial para cubrir a quienes carecen de protección? La segunda opción, un sistema a dos niveles, puede más fácilmente crear inequidades, pero extender el mismo nivel de protección es una empresa larga y ardua. En consecuencia, la mejor solución a corto plazo quizá sea implantar algún esquema especial dirigido a los grupos excluidos, pero hacerlo como primer paso de un proceso encaminado en último término a crear un sistema más equitativo que proporcione cobertura universal.

El Director señaló que hace mucho tiempo que el derecho a la salud se reconoce en la Región. En la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, los países de las Américas habían afirmado que cada persona tiene derecho a las medidas sanitarias y sociales necesarias para preservar la salud. Pero ¿cómo pueden los países brindar acceso a esas medidas de manera equitativa? La iniciativa conjunta de la OPS y la OIT procura responder a esa pregunta. Ningún país podrá jamás satisfacer totalmente la demanda de atención de salud, que es ilimitada. Es más, según el Sr. Reynaud había

señalado, es extremadamente difícil establecer y mantener un sistema que cubra a todos. Por consiguiente, para empezar a abordar el problema de la exclusión, los países tienen que dirigir sus esfuerzos hacia los pobres y desposeídos. Sin embargo, los servicios para los pobres son a menudo servicios deficientes, que crean otros tipos de inequidades. Ante esta situación, consideraba que es función del Estado asegurar que todos tengan acceso a los servicios de calidad aceptable –especialmente los servicios con las externalidades más altas– aunque no sea el Estado quien proporcione todos los servicios directamente. La función de las dos organizaciones internacionales es dar un valor añadido al trabajo emprendido en los países. Analizando las experiencias de los diversos países, la OPS y la OIT podrían extraer lecciones y prácticas adecuadas que ayudarían a otros países en su lucha por encontrar el mejor modo de extender la protección social y asegurar una atención sanitaria adecuada a todos sus ciudadanos.

Un aspecto clave de la iniciativa es su concepto amplio de protección social, que va más allá del criterio tradicional de la seguridad social como sistema de protección para los contribuyentes o los miembros únicamente. La protección social contemplada en la iniciativa se extendería a los pobres y excluidos, ayudándoles a escapar de la trampa de la pobreza. Como había manifestado el Sr. Reynaud, los resultados no pueden lograrse de la noche a la mañana. Asegurar la protección social de todos los excluidos tomaría muchos años, pero los países no deben dejarse disuadir por ello, sino que deben iniciar el proceso cuanto antes.

Salud y envejecimiento (Documento SPP36/7)

La Dra. Martha Peláez (Asesora Regional en Envejecimiento y Salud, OPS) presentó un resumen de la situación de las personas de edad en la Región y esbozó las principales estrategias para promover el envejecimiento sano. Todos los países americanos están experimentando el envejecimiento de su población. Se calcula que, para el año 2025, la población mayor de 60 años totalizará alrededor de 200 millones, y más de la mitad de esa población residirá en América Latina y el Caribe. El rápido crecimiento del número y la proporción de las personas de edad amenaza con crear una crisis de salud pública, desbordar a los servicios de salud y crear competencia intergeneracional por los escasos recursos. Sin embargo, esa crisis podría evitarse tomando medidas desde ahora e invirtiendo en la salud de las personas de edad para promover un envejecimiento activo y sano. La cooperación técnica de la OPS en el área del envejecimiento y la salud tiene por finalidad permitir a los países prepararse y responder a los retos y las oportunidades creadas por una población que está envejeciendo, y apoyar sus esfuerzos para ejecutar el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento que se adoptaría en la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, que tendría lugar en Madrid en abril de 2002.

El plan de acción internacional tiene una base fuerte de derechos humanos y establece tres ámbitos prioritarios de acción: fomentar la participación de las personas de edad en el desarrollo, mejorar su salud y su bienestar, y asegurarles entornos propicios y estimulantes. El documento SPP36/7 propone varias estrategias para promover la salud física y mental, mejorar la atención sanitaria de las personas de edad y asegurar el respeto a sus derechos y dignidad. Las estrategias están basadas en pruebas y son compatibles con las contempladas a nivel internacional. Al Subcomité se le pidió que examinara los temas en relación con el envejecimiento y la salud y que recomendase maneras de mejorar la cooperación técnica regional en esta área, especialmente por lo que respecta a la ejecución del plan de acción internacional propuesto.

El Subcomité se felicitó por el documento, que constituye un trabajo excelente y resume los temas que hay que abordar en cuanto a la salud y el bienestar de las personas de edad. El documento también trata de muchos de los temas clave planteados en el proyecto de Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento 2002. El Subcomité expresó su decidido apoyo al enfoque de promoción de la salud de la OPS. Varios delegados señalaron que el envejecimiento no debe considerarse una enfermedad sino un proceso de toda la vida que comenzó al nacer. El estado de salud en la vejez es, en gran parte, la resultante de una acumulación de lesiones y consecuencias de enfermedades y de buenas o malas opciones de comportamiento. Por ello, la promoción de la salud es esencial, debe empezar temprano y seguir durante todo el ciclo de vida para optimizar la salud física y mental en la vejez.

El Subcomité también recaló la importancia de los enfoques locales para la atención a las personas de edad. Se señaló que las alternativas locales a los hogares de ancianos no sólo son rentables, sino que podrían conducir a mejores resultados de salud, a prolongar la independencia y a una mejor calidad de vida. Aumentar la conciencia sobre la contribución que las personas de edad pueden hacer a sus comunidades e involucrar a la comunidad en la atención de las personas de edad se consideran estrategias básicas para promover el envejecimiento sano. Los delegados recalcaron la función esencial que las personas de edad cumplen en preservar la unidad familiar y mantener el entramado social. Varios delegados también mencionaron la repercusión que la migración había tenido en las personas de edad en sus países. Cuando los miembros más jóvenes de la familia migraron en busca de trabajo, los ancianos, con frecuencia, tuvieron que valerse por sí mismos, a menudo con pocos recursos y poco acceso a la protección social. También se recaló la necesidad de adaptar los servicios de atención primaria de salud y de adiestrar al personal de salud para hacer frente a las necesidades específicas de las personas de edad. Por lo que respecta a la formación de los trabajadores de salud, se consideró importante adiestrar no sólo a médicos y enfermeras, sino también a dentistas, farmacéuticos y demás trabajadores de salud que pueden tener contactos más frecuentes que los médicos con personas de edad.

Varios delegados destacaron el tema de los derechos humanos de las personas de edad, que a veces se pasan por alto al hablar de los derechos humanos. Se recalcó la necesidad de reglamentos y normas de atención a las personas de edad. La OPS podría ayudar a los países al elaborar tales normas. Otras funciones importantes para la Organización son la difusión de información y prácticas adecuadas; la promoción de la investigación, con aplicación de los resultados de investigación a los programas y las políticas sobre la salud y el envejecimiento; y el desarrollo de estrategias de mercadeo social y de comunicación para promover comportamientos saludables y reducir los riesgos para la salud. Facilitar la cooperación técnica y las iniciativas conjuntas entre diversos países también se vio como una función valiosa de la OPS. Un delegado sugirió que la Secretaría considerase la posibilidad de convocar un taller después de la conferencia de Madrid para redactar un plan regional de acción y establecer metas para la ejecución del Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento 2002.

Se sugirió que el documento podría reforzarse con información más detallada sobre los indicadores y las mediciones usadas en el estudio multicéntrico allí mencionado y estudiando las conexiones entre la salud de las personas de edad y factores como el género, el estado socioeconómico y, especialmente, la pobreza. Un delegado consideró muy valiosa la información sobre costos y beneficios, que figuraba en la sección “invertir en las personas adultas mayores” y recomendó incluir esa información en los documentos preparados por otros programas, pues ese tipo de datos es sumamente útil para que los gobiernos y los analistas de políticas diseñen y obtengan el apoyo a los programas y políticas de salud.

La Dra. Peláez agradeció al Subcomité sus observaciones, que ayudarán a mejorar la próxima versión del documento. Varios delegados plantearon el tema de la pobreza. Es cierto que la pobreza y el temor de la pobreza figuran entre las inquietudes más significativas de las personas de edad. Además, la protección social de las personas de edad en la Región es a menudo deficiente o inexistente. Aunque los programas de seguridad social de algunos países se han ampliado continuamente y las generaciones futuras podrían esperar contar con mayor protección social en la vejez, muchos de los ancianos de hoy no tuvieron antes ningún tipo de cobertura de seguridad social. Ese problema se destacará en el documento revisado, como también la cuestión de los derechos humanos y la necesidad de aumentar la concienciación y la apreciación de los importantes cometidos vitales que las personas mayores cumplen en la sociedad. Por ejemplo, una proporción cada vez mayor de personas de edad se encargan de un hogar y asumen el cuidado de sus nietos, de resultas de la migración o la muerte de los padres debida al SIDA u otras causas. Hay que documentar las contribuciones de las personas de edad, y vincularlas a la necesidad de que la sociedad se ocupe mejor de sus mayores.

El Director señaló que las personas de edad no sólo desempeñan una función importante al mantener la cohesión social, sino que también podrían contribuir a la

prosperidad y el crecimiento económico de los países. Los debates sobre la salud y el crecimiento económico tienden a centrarse en la reducción de la mortalidad infantil y el alargamiento de la esperanza de vida, pasando por alto el hecho de que al final de esa vida más larga habrá poblaciones más ancianas. Invertir en que las personas de edad se mantengan sanas reduciría los importes que las sociedades gastan en atención médica para este grupo de edad, y les permitiría recuperar fondos para inversiones en otras áreas como la educación.

Varios delegados habían mencionado la necesidad de reorientar los servicios de salud para considerar la asistencia a las personas de edad. Reorientar los servicios de atención primaria para prevenir las enfermedades y las discapacidades que afectan comúnmente a las personas de edad es una estrategia fundamental de la promoción de la salud. De igual manera, implicar a las familias y la comunidad en mantener sanas a las personas de edad y cuidarlas es una de las piedras angulares de la promoción de la salud. Como el Subcomité había señalado, se necesitan estrategias de comunicación social para aumentar la conciencia e involucrar a la comunidad en promover la salud de las personas de edad. Al mismo tiempo, es importante educar a las personas de edad para que velen por sí mismos. Estuvo sinceramente de acuerdo con los delegados que habían comentado la necesidad de promover la salud en todo el ciclo de vida para gozar de buena salud en la vejez. En efecto, la promoción de la salud debe empezar antes del nacimiento, ya que se ha demostrado que las carencias nutricionales o los comportamientos maternos insalubres en el período prenatal pueden tener una repercusión duradera sobre la salud a lo largo de la vida. La versión revisada del documento planteará esta cuestión en más detalle.

***Estrategia regional para la reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas
(Documento SPP36/8, Rev.1)***

La Dra. Virginia Camacho (Asesora Regional, Iniciativa de Reducción de la Mortalidad Materna, OPS) esbozó la estrategia regional para evitar las defunciones maternas, reducir la morbilidad materna, y mejorar la atención a las madres antes, durante y después del parto. La mortalidad materna sigue siendo un grave problema de salud pública en la Región, especialmente entre las madres adolescentes, las indígenas y las pobres y marginadas. Además, los datos de mortalidad materna en la Región reflejan extraordinarias inequidades entre los países y entre diferentes grupos de población dentro de cada país. Ha sido relativamente poco lo logrado con el Plan Regional de Acción para la Reducción de la Mortalidad Materna en las Américas, adoptado por los Estados Miembros de la OPS en 1990. Al nivel mundial, una evaluación de la Iniciativa de Maternidad sin Riesgo en 1997-1998 arrojó una falta similar de progreso. Como resultado, al tema de la mortalidad materna se le está prestando una atención renovada en los programas internacionales de salud pública.

Varias enseñanzas valiosas se han extraído en los 12 años de funcionamiento del Plan Regional de Acción. Ha aumentado el conocimiento de las causas de mortalidad materna, y se han identificado intervenciones eficaces, basadas en pruebas, para evitar las defunciones maternas. La estrategia regional para la reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas tenía como finalidad transformar esas enseñanzas en acción. En consecuencia, la estrategia procuró promover políticas públicas y directrices eficaces de maternidad sin riesgo y de protección social para las mujeres; garantizar el acceso a buenos servicios de salud reproductiva, la atención obstétrica y la asistencia cualificada al parto; aumentar la demanda pública de servicios de salud maternos de calidad, gracias al empoderamiento y la educación de las mujeres, sus familias y las comunidades; formar asociaciones y coaliciones para crear un entorno propicio para la maternidad sin riesgo; fortalecer los sistemas de vigilancia de la morbilidad y la mortalidad maternas; y asegurar el financiamiento adecuado de los servicios de salud reproductiva en el marco de la reforma sanitaria. El objetivo de la estrategia era haber reducido a escala mundial, para el año 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes, respecto de sus tasas de 1990 y, en la Región, reducir las tasas nacionales de mortalidad materna a menos de 100 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos, en los próximos cinco años, y corregir la inequidad en el ámbito de la mortalidad y la morbilidad maternas.

El Subcomité estuvo de acuerdo con la necesidad de emprender acciones enérgicas para reducir las tasas de mortalidad materna en la Región y consideró que la estrategia propuesta es un enfoque sólido para salvar las vidas tanto de las madres como de sus bebés. El Subcomité también estuvo de acuerdo en que las tasas desproporcionadamente elevadas de mortalidad materna de mujeres pobres y menos favorecidas representan una de las manifestaciones más flagrantes de la inequidad en salud, sobre todo porque la gran mayoría de las defunciones maternas entre esas mujeres son prevenibles. Se señaló que el acceso a la atención obstétrica adecuada es una cuestión de derechos humanos, y que los gobiernos tienen la responsabilidad de velar por que todas las madres, independientemente de su situación socioeconómica o su capacidad de pagar, reciban atención sanitaria de calidad aceptable. El tema de la calidad de la atención se consideró capital, y varios delegados recalcaron la necesidad de centrarse tanto en la calidad como en la cantidad de la atención obstétrica. No obstante, la escasez de parteras cualificadas se citó como problema fundamental, y aumentar el número de parteras y asistentes cualificados, especialmente en las zonas rurales, se consideró esencial para abordar las causas más comunes de muerte materna. También es importante enseñar a las mujeres a reconocer los signos de peligro y educarlas sobre la necesidad de una buena atención prenatal y de una asistencia cualificada del parto. En ese sentido, un delegado señaló que en algunos países desarrollados, donde la atención obstétrica profesional está ampliamente disponible, algunas mujeres deciden dar a luz en casa con un ayudante no cualificado, o sin ninguno.

Varios delegados subrayaron la necesidad de mejorar la notificación y la vigilancia de las defunciones maternas, ya que los datos completos y exactos sobre las causas de la mortalidad materna y en los grupos de población más afectados son esenciales para diseñar y orientar las intervenciones. El énfasis del documento en la participación de la comunidad y la creación de entornos propicios fue muy bien acogido. La educación de los hombres en la comunidad, especialmente de quienes esperan un hijo, en cuanto a la importancia de una buena atención obstétrica se consideró una estrategia clave para fomentar entornos propicios y alentar a las mujeres a que exijan y utilicen servicios de calidad. Un delegado señaló que la mortalidad materna debe considerarse un problema social que requiere acción por parte del conjunto de la sociedad. Sugirió que una manera de dejar claro este punto y de movilizar el apoyo a los esfuerzos por reducir la mortalidad materna sería realizar estudios para poner de manifiesto los costos económicos y la repercusión social negativa de las defunciones maternas, así como los beneficios en función de los costos de mejorar la asistencia obstétrica. Otros delegados dijeron que otra manera de aumentar el apoyo a los programas de salud materna sería vincularlos con otros programas de salud, especialmente los destinados a combatir la infección por el VIH/SIDA, que está convirtiéndose en una causa cada vez más importante de mortalidad materna en algunos países.

Se manifestó cierta inquietud por algunos de los contenidos del documento. Un delegado opinó que sería más fuerte como documento técnico si se definieran específicamente las referencias a la sensibilidad política al tratamiento de las complicaciones del aborto y a términos no cuantificables, como la “impotencia” de las mujeres, o si se suprimieran totalmente. Otro delegado puso de relieve la frase “estas intervenciones son ineficaces” referida a las episiotomías, y advirtió contra la generalización excesiva. Aunque la episiotomía debe evitarse como práctica habitual, la necesidad del procedimiento debe decidirse en cada caso, teniendo en cuenta situaciones anteriores, las prácticas adecuadas y la evaluación del riesgo de cada embarazo.

En respuesta a las observaciones del Subcomité, la Dra. Camacho agradeció a los delegados que hubieran destacado varios temas en los que no había insistido en su presentación por falta de tiempo. Uno era la conexión entre la infección por el VIH/SIDA y la mortalidad materna. Muchas de las causas directas de la mortalidad materna en la Región estaban, en realidad, vinculadas a la infección por VIH. Se mostró de acuerdo con la necesidad de enfoques programáticos creativos para utilizar más eficazmente los recursos al abordar esos dos problemas relacionados y también otras causas indirectas de la mortalidad materna, como la malaria y la tuberculosis. Innegablemente, el aborto es también una causa fundamental de mortalidad materna y un problema significativo de salud pública en la Región. Existen estudios que indican que las complicaciones del aborto son la principal causa de muerte materna en algunos países, aunque es difícil determinar la magnitud del problema, ya que el aborto es ilegal en muchos lugares. Hay que hacer esfuerzos para prevenir el aborto, pero también es indispensable velar por que

no se rehúse el servicio a las mujeres que buscan asistencia médica para las complicaciones del aborto. La cuestión que el documento había intentado plantear es que la prestación de tales servicios forma parte integrante de la atención obstétrica esencial.

La mujer, la salud y el desarrollo (Documento SPP36/9)

La Dra. Marijke Velzeboer-Salcedo (Coordinadora del Programa de la Mujer, la Salud y el Desarrollo, de la OPS) informó sobre el trabajo de su Programa (HDW), en particular sus esfuerzos por identificar y eliminar las inequidades de género que afectan a la salud de la mujer, y por promover la incorporación de la perspectiva de género en las políticas y programas de la Organización y de los Estados Miembros. Se entiende por inequidades de género las desigualdades entre los hombres y las mujeres que son innecesarias, evitables e injustas. En el área de la salud, las inequidades de género han conducido frecuentemente al peor estado de salud de las mujeres, a su acceso limitado a los servicios de salud y a la menor calidad de la atención de salud que reciben. También hay inequidades de género en el suministro de asistencia sanitaria. Aunque las mujeres representan 80% de la fuerza laboral de la asistencia sanitaria, predominan en los niveles más bajos de ingresos y prestigio. Además, gran parte de la contribución de las mujeres a la salud en sus familias y comunidades no se retribuye.

La reducción de las inequidades de género en la salud es una de las metas principales del Programa. Con ese fin, se identificaron cinco áreas estratégicas para la acción: 1) Incluir la perspectiva de género en el análisis de la situación sanitaria para enfocar más eficazmente las políticas y programas; 2) Formular y vigilar las políticas para reducir las inequidades de género en el campo de la salud; 3) Fortalecer el modelo para abordar la violencia de género de una manera integrada; 4) Hacer labor de extensión con estrategias de información, educación y comunicación, y con materiales para la promoción de la causa y el adiestramiento, y 5) Incorporar la equidad de género a las políticas y programas de la OPS y los Estados Miembros. El documento mencionaba algunas de las actividades que se están llevando a cabo en esas áreas. En lo relativo a la tercera área, la Dra. Velzeboer-Salcedo destacó el modelo integrado que HDW viene aplicando en 10 países de la Región para abordar la violencia de género. En la cuarta área, destacó la difusión de información y las actividades de adiestramiento del Programa a través de su sitio web GENSALUD y de la biblioteca virtual. Finalizó señalando que la conmemoración del centenario de la OPS brinda una oportunidad excelente para que la OPS y los Estados Miembros renueven el compromiso de corregir la inequidad de género en la salud de las Américas. Se puede progresar mucho hacia ese objetivo poniendo en práctica las recomendaciones del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo de la OPS y de las diversas conferencias y acuerdos internacionales sobre la mujer y sus derechos. El documento recoge las recomendaciones de principios en materia de género y salud.

El Subcomité expresó su firme apoyo al trabajo del Programa y se felicitó por el compromiso de la OPS de reducir las inequidades de género en la salud. También elogió los logros de la Organización al aumentar la paridad de género dentro de la OPS y sus esfuerzos para incorporar la perspectiva de género en toda su política sanitaria y su programación. Varios delegados informaron que sus gobiernos habían adoptado enfoques transversales similares y estaban aplicando la perspectiva de género en sus programas y servicios, más que mediante programas específicos sobre la salud de la mujer. Los delegados también recalcaron la necesidad de un compromiso fuerte de la sociedad civil y los gobiernos para reducir las inequidades de género que afectan a la salud de la mujer y señalaron que ese compromiso debe manifestarse mediante la asignación de los recursos necesarios. El Subcomité se felicita de que el Programa reconozca la importancia de abordar también las necesidades sanitarias específicamente masculinas, y de involucrar a los hombres en los programas de salud reproductiva. A este respecto, se sugirió cambiar el nombre del Programa a “Género, salud y desarrollo”.

Se consideraron apropiadas y útiles las estrategias y actividades preconizadas por el Programa para promover mayor equidad de género. Como actividad adicional, se sugirió que HDW promoviese alternativas para reducir la mayor carga de atención que recae en las mujeres como resultado de las transiciones epidemiológicas y demográficas que están teniendo efecto en la Región. El envejecimiento de la población y la creciente prevalencia de las enfermedades crónicas están llevando a que las mujeres se encarguen cada vez más de cuidar a los ancianos y demás miembros de la familia enfermos en el hogar, generalmente con poco apoyo del sistema sanitario. La reforma del sistema sanitario debe tener en cuenta y abordar esas necesidades. Varios delegados encomiaron el Programa por sus intentos de cuantificar la contribución no retribuida de las mujeres a la atención de salud, y solicitaron más información sobre las posibles metodologías para incluir ese trabajo no remunerado en las cuentas sanitarias nacionales. Con relación a la promoción de la investigación, se señaló que, para revelar inequidades de género, la investigación en salud debe centrarse en las enfermedades comunes a los hombres y a las mujeres, pues centrarse en afecciones exclusivamente femeninas es menos probable que revele disparidades de género en la asistencia sanitaria. En cuanto a la incorporación de la perspectiva de género en el análisis de la situación sanitaria, un delegado observó que desglosar los datos por sexo no era sino un primer paso. Se precisa también un análisis contextual para poner de manifiesto diferencias de género.

El documento presenta bien la gama de cuestiones de género que afectan a la salud de las mujeres y su acceso a la asistencia, pero el Subcomité consideró que podría reforzarse de varias maneras. Varios delegados recomendaron que el Programa volviera a estudiar la definición de inequidades como “desigualdades que son innecesarias, evitables e injustas”, pues es difícil concebir desigualdades necesarias o justas. De igual manera, es preciso aclarar los términos “género”, “inequidades de género”, “inequidades de salud” y “factores determinantes de la salud relacionados con el género”. Una afirmación del

documento con respecto a la equidad de género en materia de salud se consideró particularmente problemática, pues parecía indicar que el grado de equidad de género en materia de atención sanitaria está relacionado con la capacidad de pagar por los servicios. Esa idea parecía contradecir la iniciativa de la Organización de promover la protección social en salud, que recalca la necesidad de ofrecer un acceso igual a los servicios de salud independientemente de la capacidad para pagar. Además, es bien sabido que los sistemas de financiamiento de la asistencia sanitaria tienden a discriminar a las mujeres dada su mayor necesidad potencial de servicios de salud reproductiva. La definición de “género” también se consideró confusa, pues parece implicar que el concepto social de género sea el resultado exclusivo de las diferencias biológicas entre los hombres y las mujeres. También algunos de los datos se consideraron poco claros o confusos.

La Dra. Velzeboer-Salcedo dijo que el Programa se esforzaría por aclarar los conceptos y demás fuentes de confusión del documento. En particular, se volvería a estudiar la sección sobre la equidad de género en la asistencia sanitaria para aclarar la cuestión de la capacidad de pagar. El Programa, por supuesto, no había tenido la intención de sugerir que el acceso a los servicios de salud debiera depender de la capacidad de pagar. En lo que se refiere a la definición de inequidades, señaló que algunas desigualdades entre hombres y mujeres podrían realmente considerarse justas, y que en algunos casos una menor desigualdad es reflejo de inequidad. Un ejemplo de ello es la diferente esperanza de vida de hombres y mujeres. Puesto que las mujeres viven en general más tiempo que los hombres, que la diferencia de esperanza de vida sea mínima suele querer decir que estamos en presencia de inequidades de género. Estuvo de acuerdo en que comprometer recursos es fundamental, pero para acceder a esos recursos es necesario persuadir a los gobiernos de la necesidad de invertir para reducir las inequidades de género. Por eso el Programa recalca la producción de información basada en pruebas y la inclusión de indicadores de género en las cuentas sanitarias nacionales. En cuanto a la elaboración de metodologías para medir el valor del trabajo no remunerado de las mujeres en el sector de la salud, el Programa está dando los primeros pasos en esa dirección. Hace poco había tenido lugar una reunión en Chile con funcionarios del gobierno y personal de otros organismos del sistema de las Naciones Unidas para examinar el tema, y el personal de HDW pronto empezaría el trabajo con el gobierno cubano para cuantificar la contribución no remunerada de las mujeres a la salud.

El Director señaló la dificultad inherente de medir el valor del trabajo no remunerado. Como ese trabajo no conlleva transferencias monetarias, es muy difícil representarlo en el producto nacional bruto. Si incorporar el valor del trabajo no remunerado a las cuentas nacionales es difícil, aún lo es más calcular el valor del trabajo no remunerado de las mujeres en las cuentas sanitarias nacionales.

En cuanto a la paridad de género en la OPS, estaba muy contento del progreso de la Organización, pero no enteramente satisfecho. Las mujeres ocupan actualmente 45%

de los puestos profesionales. La Organización probablemente nunca pueda alcanzar y mantener una total paridad, pues las proporciones de hombres y de mujeres siempre oscilarán. De todos modos, preferiría que la proporción de mujeres oscilase en torno a 50%, en lugar de 45%. Aunque el personal profesional femenino sigue concentrado principalmente en los puestos de nivel inferior, afirmó que eso no es necesariamente malo. Consideró un error y un mal servicio a las mujeres ascenderlas sólo por ser mujeres. Conforme adquieran mayor experiencia, a él no le cabe duda de que las mujeres de la OPS subirían en el escalafón y con el tiempo ocuparían más puestos de gestión superiores, como había ocurrido con sus colegas masculinos.

En cuanto al cambio de nombre propuesto para el Programa, dijo que ya se había sugerido cambiar “mujer” por “género”, pero que él siempre había estado en contra, por considerar necesario seguir centrándose en la discriminación de la mujer, que sigue siendo la forma predominante de discriminación de género. Sólo si hubiera “igualdad de la discriminación” contra los hombres y las mujeres estaría a favor de cambiar el nombre del Programa.

Un ámbito en el cual la discriminación contra la mujer es especialmente evidente es el de la mortalidad materna. No se había pronunciado durante el debate previo del Subcomité al respecto, pero creía firmemente que la mortalidad materna es una expresión de la inequidad de género, y que la manera en que se trata a muchas mujeres durante el parto constituye una de las manifestaciones más flagrantes de discriminación de género. De igual manera, el tratamiento que las mujeres reciben para ciertas enfermedades es un reflejo de su discriminación. Por ejemplo, se ha demostrado que a las mujeres con infarto de miocardio se les da un tratamiento menos intensivo que a los hombres. Por consiguiente, coincidió con los delegados que habían señalado que la investigación debe centrarse en las enfermedades que teóricamente afectan por igual a los hombres y a las mujeres, pues son las que pondrán de manifiesto inequidades de género en la asistencia sanitaria. Otra clara ilustración de la discriminación de la mujer es un cuadro del documento que muestra el uso de los servicios de salud por quintiles de ingresos. Estaba bien documentado que las mujeres tienen más enfermedades a lo largo de su vida, y que tienden a recurrir a los servicios de salud más que los hombres. Sin embargo, el cuadro indica que las mujeres de los quintiles superiores de ingresos –para quienes la capacidad de pagar no es una barrera significativa– hacen un uso sólo levemente superior de los servicios que los hombres. Este es otro ejemplo de cómo la menor desigualdad podría ser indicativa de inequidades de género. Estuvo de acuerdo en que el desglose de los datos por sexo es sólo el primer paso para analizar las inequidades de género, pero es un paso de gran importancia. Datos como estos, sobre el recurso a los servicios de salud, revelan diferencias por sexo que permiten a los analistas comprender cuándo las desigualdades constituyen inequidades.

La respuesta de salud pública a las enfermedades crónicas (Documento SPP36/10)

El documento sobre este punto del orden del día fue preparado conjuntamente por la Secretaría y el Gobierno de Jamaica. Lo presentaron al Subcomité la Dra. Deanna Ashley (Directora de Promoción y Protección de la Salud, Ministerio de Salud, Jamaica) y la Dra. Sylvia Robles (Coordinadora del Programa de Enfermedades No Transmisibles, de la OPS). La Dra. Ashley empezó examinando la situación de las enfermedades no transmisibles (ENT) crónicas en América. Las ENT son una causa principal de mortalidad y discapacidad en la mayoría de los países. En términos generales, por debajo de los 70 años, las ENT representan 44% de las defunciones masculinas y 45% de las femeninas. Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de mortalidad prematura en la Región. La comorbilidad es asimismo un problema significativo, pues entre 30% y 60% de la población padece dos o más de estas enfermedades. Por otra parte, están en aumento los factores de riesgo de ENT, como la obesidad, la inactividad, la hipercolesterolemia y el consumo de tabaco, especialmente entre los jóvenes. A medida que envejece la población, aumenta la prevalencia de las ENT.

Esa situación tiene implicaciones que pueden ser devastadoras para las personas, sus familias y las economías. Por ejemplo, recientes estudios en Jamaica pusieron de manifiesto que 59% de quienes padecen ENT estaban en riesgo de indigencia médica debido al costo elevado del tratamiento de estas enfermedades y a la discapacidad que causan, que impide a las personas trabajar. Claramente, las ENT son un importante problema de salud pública, que requiere una respuesta integral de salud pública para promover la salud y prevenir y controlar las ENT. En el Caribe de habla inglesa, la Cooperación para la Salud en el Caribe elaboró un plan que se basaba en dos estrategias principales: desarrollar la política pública y crear alianzas y asociaciones, aspectos cruciales de un enfoque eficaz de salud pública. El reto para la OPS es facilitar el desarrollo y la ejecución de las estrategias y programas para tratar las ENT en la Región, promover el desarrollo de políticas públicas y la creación de asociaciones, y movilizar y asignar recursos para que las ENT reciban la atención prioritaria que merecen.

La Dra. Robles describió el enfoque de salud pública propugnado por la OPS, que combina actividades de promoción de la salud para abordar los factores determinantes de las enfermedades con estrategias de asistencia sanitaria para reducir la carga económica de la atención a las ENT y mejorar los resultados. Un examen reciente de los programas exitosos de prevención y control de las enfermedades crónicas reveló que se requieren tres líneas simultáneas de acción: 1) crear políticas para eliminar obstáculos y facilitar la ejecución de las estrategias de prevención y control de las ENT; 2) la acción local de la comunidad, especialmente la de crear coaliciones para mancomunar recursos destinados a alcanzar metas comunes y obtener el apoyo de grupos clave que trabajan para promover la salud en la comunidad; y 3) tener unos servicios de salud receptivos que incorporen la prevención y la atención a largo plazo y empleen los recursos de la comunidad para

apoyar la gestión y la atención autónomas por las personas con enfermedades crónicas. El documento daba varios ejemplos de cómo esas líneas de acción se habían aplicado con buenos resultados.

Un componente clave de la estrategia regional fue la iniciativa CARMEN (Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de las Enfermedades No Transmisibles). Una iniciativa afín en el Caribe fue el Programa Caribeño de Intervención en el Modo de Vida (CARLI, por su sigla en inglés). CARMEN es una de las seis redes regionales del Foro Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, que operan en cada una de las regiones de la OMS. Esas redes dan la oportunidad de evaluar la eficacia de las intervenciones, e intercambiar experiencias y adiestramiento entre países. Otros componentes de la estrategia de la OPS son la vigilancia de los factores de riesgo y las ENT para orientar la acción, la incorporación de modelos innovadores para atender las ENT, y la promoción de la causa para el cambio de políticas. El documento mencionaba algunas de las actividades que se están llevando a cabo en esas áreas.

La Dra. Robles concluyó dando las gracias al Gobierno de Jamaica y a los demás colaboradores del Caribe que habían contribuido a configurar la respuesta regional a las ENT crónicas.

El Subcomité respaldó las estrategias y el enfoque de salud pública presentados en el documento. Consideró particularmente valiosos los enfoques integrados como CARMEN, que abordan los múltiples factores de riesgo y determinantes de las ENT. El Subcomité también coincidió en que, en general, no se ha prestado a las ENT la atención que merecen, posiblemente por considerarlas menos “atractivas” que ciertas enfermedades transmisibles, y por no haberse reconocido la magnitud del problema. La información como la presentada en el documento sobre la carga económica de las ENT y la rentabilidad de las intervenciones preventivas se considera una herramienta valiosa para aumentar la conciencia de las instancias decisorias sobre la necesidad de actuar para detener la creciente prevalencia de las enfermedades crónicas. De igual manera, se necesita un mayor esfuerzo para aumentar la conciencia de las instituciones financieras internacionales y que aumenten la ayuda al desarrollo que ofrecen para las iniciativas de prevención y control de las ENT. En ese sentido, se sugirió que la próxima versión del documento mencione lo que se ha hecho con relación a las ENT gracias a la Agenda Compartida para la Salud de las Américas (OPS, BID, Banco Mundial). También se comentó que tal vez convenga incluir en el documento estadísticas específicas para ilustrar la urgencia del problema.

Varios delegados comentaron las vinculaciones entre este y otros de los puntos del orden del día tratados por el Subcomité, en particular la salud y el envejecimiento y la extensión de la protección social en la salud. Los datos del documento sobre este último

punto guardan estrecha relación con los de la indigencia médica y la exclusión de la asistencia, presentados en el documento sobre las enfermedades crónicas. Se sugirió ampliar la información en la próxima versión del documento, y aclarar la relación entre los resultados de salud, el financiamiento y el acceso a los servicios de salud. El documento también debe recalcar la necesidad de mediciones y los enfoques estandarizados que hagan posibles las comparaciones entre los países.

El Subcomité subrayó la necesidad de comenzar la prevención de las ENT en las primeras etapas de la vida, mediante actividades de promoción de la salud encaminadas a impedir que los niños adopten hábitos perjudiciales como fumar y a alentarles a hacer suyos regímenes alimentarios saludables y los modos de vida activos. Para ello, se consideró esencial reforzar la capacidad de los servicios de atención primaria de salud en materia de prevención y control de las ENT. Varios delegados subrayaron la necesidad de aumentar la base de pruebas tanto de intervenciones exitosas como infructuosas. Se necesita más investigación para comprender mejor los factores de riesgo de ENT y las clases de actividades de promoción de la salud más eficaces para prevenirlos y controlarlos. Un delegado propuso elaborar un compendio de estudios de casos para determinar las prácticas adecuadas. El intercambio de información y la cooperación técnica entre países se consideraron asimismo estrategias valiosas, como también la participación comunitaria y la acción multisectorial. Se citaron la Iniciativa Panamericana de Hipertensión Arterial y la Iniciativa Canadiense de Salud Cardíaca como buenos ejemplos de colaboración y de eficaz acción comunitaria intersectorial. Se sugirió hacer presentaciones especiales durante la reunión de junio del Comité Ejecutivo para compartir información sobre experiencias exitosas como estas.

La Dra. Robles consideró excelente esta sugerencia, como también la de elaborar un compendio de estudios de casos. El material podría fácilmente obtenerse de la iniciativa CARMEN, que ya ha generado mucha información sobre las estrategias e intervenciones para la reducción de las ENT. Por lo que respecta a las evaluaciones de la eficacia de las intervenciones, en la segunda mitad de 2002, el Programa de Enfermedades No Transmisibles participará, con CARMEN y las otras cinco redes regionales, en un esfuerzo mundial para crear un marco de evaluación que podría aplicarse en diferentes contextos y que reflejaría las variaciones entre países y dentro de cada país. Estuvo de acuerdo en que eran esenciales las mediciones estandarizadas. Aunque el documento no daba detalles, el Programa había examinado los estudios de los factores de riesgo realizados en la Región y había elaborado algunas normas para la medición. Los resultados de este examen se habían publicado en el número de noviembre de 2001 de la Revista Panamericana de Salud Pública. El objetivo era disponer de metodologías e indicadores más uniformes para obtener datos comparables y poder identificar las tendencias, lo que es crucial para reconocer las poblaciones en riesgo. El Programa estaba trabajando asimismo para obtener datos de todos los países y tener una idea más exacta de la magnitud de la carga de las enfermedades crónicas.

El Director señaló que el enfoque público de las ENT no produciría resultados inmediatos. La reducción de la carga de las enfermedades crónicas sería un proceso largo y difícil. Podría tomar años, por ejemplo, implantar políticas públicas que aborden o influyan en la prevalencia de los factores de riesgo, o persuadir a las personas de que adopten comportamientos saludables. Además, la repercusión de las políticas y las actividades de promoción de la salud no sería evidente de inmediato. Enfoques como CARMEN pueden ser sumamente eficaces, pero aplicarlos no es tarea fácil. Es bastante difícil tomar medidas para un único factor de riesgo, como la obesidad; diseñar intervenciones para abordar múltiples factores al mismo tiempo es un reto monumental. Medir la carga económica de las ENT, además, es intrínsecamente difícil. El análisis del costo de la enfermedad es complejo aun en el caso de las enfermedades transmisibles, cuyo curso tiene un comienzo y un final definidos. Las ENT pueden durar una vida, lo que hace extremadamente difícil analizar su costo real. Estos obstáculos deben reconocerse pero, sin duda, no deben disuadirnos de esforzarnos para afrontar la epidemia de ENT en la Región.

Por lo que respecta a la posibilidad de que los países presenten sus experiencias con las iniciativas de ENT, le parece una buena sugerencia. Sin embargo, propuso organizar una sesión especial a tal efecto fuera de las sesiones de trabajo ordinarias del Comité Ejecutivo, para no sobrecargar el programa del Comité.

Centros panamericanos (Documento SPP36/11)

El Sr. Roberto Rivero (Oficina de Análisis y Planificación Estratégica, de la OPS) resumió el documento sobre este punto del orden del día, que fue examinado por el Subcomité a petición del Comité Ejecutivo. Empezó por presentar la definición de “centro multinacional” establecida por la 18.^a Conferencia Sanitaria Panamericana en 1979 y por distinguir los centros panamericanos de la OPS de los centros colaboradores de la OPS/OMS. La diferencia primaria es que los centros colaboradores no necesariamente reciben apoyo financiero de la OPS o la OMS, y que administrativamente son independientes de la Secretaría. Mientras que la OMS adoptó la política de no crear establecimientos de investigación bajo su propio auspicio, la OPS optó por establecer los centros panamericanos como una modalidad operativa de cooperación técnica, difusión de información y fomento de la investigación y el adiestramiento en los países en desarrollo para generar capacidad local científica y técnica. Esa decisión había sido motivada por tres factores principales: a) la disponibilidad de recursos humanos capacitados en la Región; b) una relativa falta de instituciones sólidas de investigación, adiestramiento y cooperación técnica; y c) un alto grado de interés y apoyo político de los Estados Miembros. Entre 1949 y 1991 se crearon trece centros, de los que ocho siguen operando actualmente. El documento enumera y categoriza estos centros.

Con el transcurso de los años, los centros panamericanos han ido introduciendo innovaciones que los distinguen de otras instituciones internacionales de las Naciones Unidas y del sistema interamericano. En particular, tienen personal tanto internacional como nacional, crean vínculos con el sector privado y, en algunos casos, venden sus servicios y productos. El financiamiento había sido durante mucho tiempo el talón de Aquiles de los centros, y los Cuerpos Directivos habían expresado reiteradamente inquietud por su viabilidad financiera. En varias ocasiones, los Cuerpos Directivos habían asesorado sobre las funciones y la operación de los centros y habían fijado criterios para evaluar su desempeño. En 1978 la Conferencia Sanitaria Panamericana había decidido considerarlos parte integrante del programa de la OPS y un medio de lograr los objetivos del programa. Los criterios adicionales aprobados en 1989 proporcionaron un marco para evaluar la eficacia continua de los centros, como modalidad de la cooperación técnica. El documento describe la situación de los centros panamericanos existentes, con relación a dichos criterios.

El Subcomité se felicitó por la oportunidad de debatir el trabajo de los centros y ponderar cuál debe ser su función futura. Se subrayó el valor de la contribución de los centros a la investigación y al desarrollo de los recursos humanos en la Región. Se señaló que los centros desempeñan una función crucial ayudando a los países pequeños a que lleven a cabo actividades que no tendrían capacidad y recursos para realizar por cuenta propia. En particular, se recalcó la función esencial del Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC) en apoyo de los programas nacionales contra la infección por el VIH/SIDA, la tuberculosis y otras enfermedades infecciosas. No obstante, el Subcomité afirmó la necesidad de volver a examinar con regularidad la eficacia y la viabilidad de los centros atendiendo a las realidades políticas, financieras y técnicas. En el contexto actual de presiones presupuestarias, un análisis crítico de los centros se consideró especialmente oportuno e importante.

Los delegados consideraron que el documento proporciona una buena perspectiva histórica de los centros panamericanos, pero observaron que no contiene la suficiente información que haga posible un examen exhaustivo de muchos de los temas planteados. Con relación al financiamiento, por ejemplo, no ofrece muchos datos concretos que permitan a los Cuerpos Directivos emprender un análisis de la rentabilidad de las actividades de cada centro, o de su contribución a la investigación y el adiestramiento del personal. También convendría disponer de información más específica sobre los productos de los centros y sus presupuestos. Aunque el documento recalca que los centros forman parte integrante del programa general de cooperación técnica de la OPS, no analiza cómo encajan en las estrategias y los planes de trabajo de las diversas divisiones técnicas, o cómo han contribuido al cumplimiento de los objetivos de las divisiones. La información detallada de este tipo es esencial para que los Cuerpos Directivos puedan tomar decisiones fundamentadas y equitativas sobre los centros, y

debe incluirse en la próxima versión del documento si se desea remitir la cuestión al Comité Ejecutivo.

Los criterios de 1989 enumerados en el documento se consideraron normas válidas para evaluar si los centros siguen siendo pertinentes. Un delegado señaló que uno de los primeros criterios para establecer prioridades con relación a los centros debe ser el grado en que la salud humana se ve afectada por un factor determinante particular. Basándose en ese criterio, se preguntó si era apropiado que el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA), que se ocupa principalmente de sanidad veterinaria, siguiera operando bajo el auspicio de la OPS. Varios delegados expresaron su apoyo a la venta de servicios como medio de dotar a los centros de una base financiera más sólida y reducir su dependencia del presupuesto ordinario de la Organización. Sin embargo, también recalcaron la necesidad de ser prudentes y vigilar de cerca para evitar todo conflicto de intereses y asegurar que esta forma de obtención de ingresos no haga que los centros se desvíen de su mandato fundamental, que es proteger y mejorar la salud humana. La flexibilidad, la creatividad y la capacidad de adaptarse a las necesidades cambiantes de los países se consideraron esenciales para la supervivencia de los centros. Los delegados destacaron la necesidad de explorar nuevas opciones y nuevos modelos de cooperación técnica, incluida la creación de “centros virtuales” y la creación de redes colaborativas.

El Sr. Rivero observó que el tema de los centros es muy político. Como se indica en el documento, en los años ochenta había habido un enfoque de política que abogaba por la transferencia de los centros a sus países anfitriones, pero no hubo en ese momento mucho apoyo en los Estados Miembros y otros interesados directos para tal transferencia. Consideraba muy prudente la decisión de los Cuerpos Directivos de considerar los centros individualmente, caso por caso, en lugar de optar por la eliminación global de todos los centros. La resolución CSP20.R31, aprobada por la Conferencia Sanitaria Panamericana en 1978, insistió en la necesidad de “evaluar con regularidad cada centro”. Actualmente, se está evaluando el Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS) en cuanto a su pertinencia, eficiencia y eficacia. Son válidas las observaciones de los delegados con respecto al análisis de rentabilidad y la evaluación de la repercusión de los centros. Sin embargo, aun cuando puede hacerse la evaluación de las repercusiones de los centros, advirtió que sería un proceso prolongado y costoso. Respondiendo a la cuestión sobre PANAFTOSA, observó que a finales de los años setenta la Organización había explorado la posibilidad de transferir la responsabilidad de ese centro al Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura (IICA) o a la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO). El esfuerzo no había dado resultados, porque esas organizaciones no habían querido, o podido, absorber el costo de operación del Centro.

El Director señaló que los ministros de salud y de agricultura habían reafirmado reiteradamente la vital importancia del trabajo de PANAFTOSA y del Instituto Panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis (INPPAZ), dada la innegable repercusión de la zoonosis y de la inocuidad de los alimentos en la economía y en la salud humana.

Manifestó su acuerdo con el comentario del Subcomité relativo a la necesidad de flexibilidad. En realidad, los centros han hecho gala de gran flexibilidad y adaptabilidad al paso de los años, modificando sus funciones y actividades en respuesta a necesidades y tecnologías cambiantes. Además, algunos centros se habían cerrado por considerar que había solapamiento de funciones o que ya no se necesitaban, cuando los propios países habían desarrollado pericia suficiente para cumplir esas funciones.

Recalcó que los centros deben considerarse un aspecto esencial de la cooperación técnica de la Organización. Como se había señalado en la discusión del Subcomité, algunos centros prestaban servicios que no se proporcionaban en ningún otro sitio. Eliminarlos supondría cesar esos servicios, lo que sin duda no favorece a los países que dependen de su cooperación técnica. Es cierto que el financiamiento había sido un problema persistente para algunos centros. Sin embargo, mantuvo que es un error conceptual pensar que los centros deben ser económicamente autosuficientes. Nunca se había pretendido que lo fueran, como tampoco lo son las divisiones técnicas y los programas de la Organización. Es más, la situación financiera de varios centros había mejorado extraordinariamente en años recientes al haber aumentado su recaudación de cuotas. Creía que los países valoran el trabajo de los centros y están dispuestos a apoyarlos, aunque su situación financiera interna a veces se lo dificulte. Los centros están también recibiendo cantidades crecientes de financiamiento extrapresupuestario. No obstante, la Secretaría pone sumo cuidado para que el financiamiento procedente de fuentes externas o de venta de servicios no haga que los centros se desvíen de las orientaciones del programa de cooperación técnica aprobado por los Estados Miembros.

No compartió el punto de vista de que la Organización seguiría sufriendo limitaciones presupuestarias. Hay un apoyo creciente al multilateralismo, especialmente tras los ataques terroristas de septiembre de 2001. Previó que aumentaría la confianza en los enfoques multilaterales y, por consiguiente, el apoyo a instituciones multilaterales como la OPS.

En cuanto a si este tema debe remitirse al Comité Ejecutivo, creyó que sería más útil que el Comité examinara exhaustivamente un único centro, en lugar de lanzarse a un debate general sobre todos los centros. El informe sobre la evaluación de CEPIS deberá haberse completado antes de la reunión del Comité Ejecutivo, por lo que propuso que el Comité concentrara su atención en dicho centro.

Otros asuntos

El Presidente, actuando como delegado de El Salvador, ofreció al Director una placa conmemorativa en apreciación del trabajo de la Organización y de su contribución personal a la mejora de la salud del pueblo salvadoreño. El Dr. Alleyne dijo que a él le cabía la honra y el privilegio de haber estado al servicio de los países de las Américas.

El Director anunció que se celebraría una ceremonia especial y una recepción durante la Asamblea Mundial de la Salud, en mayo, para conmemorar el centenario de la OPS.

Clausura de la sesión

El Director expresó su agradecimiento al Presidente por su manera hábil y conveniente de conducir la sesión y dio las gracias a los delegados por su entusiasta participación en los debates y sus certeras observaciones sobre los documentos y las presentaciones.

El Presidente dijo que había sido un honor presidir la sesión y dio las gracias a todos los que habían contribuido a su éxito, y declaró clausurada la 36.^a sesión.

ORDEN DEL DÍA

1. Apertura de la Sesión
2. Elección para la Presidencia, Vicepresidencia y la Relatoría
3. Adopción del orden del día y del programa de reuniones
4. Evaluación de las orientaciones estratégicas y programáticas para 1999-2002
5. Plan estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana para el período 2003-2007
6. Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia
7. Ampliación de la protección social en materia de salud:
iniciativa conjunta de la Organización Panamericana de
la Salud y la Organización Internacional del Trabajo
8. La salud y el envejecimiento
9. Estrategia regional para la reducción de la mortalidad
y la morbilidad maternas
10. La mujer, la salud y el desarrollo
11. Respuesta de salud pública a las enfermedades crónicas
12. Centros panamericanos
13. Otros asuntos

LISTA DE DOCUMENTOS

SPP36/1, Rev. 1 SPP36/WP/1	Adopción del orden del día y del programa de reuniones
SPP36/3	Evaluación de las orientaciones estratégicas y programáticas para 1999-2002
SPP36/4	Plan estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana para el período 2003-2007
SPP36/5	Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia
SPP36/6	Ampliación de la protección social en materia de salud: iniciativa conjunta de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo
SPP36/7	La salud y el envejecimiento
SPP36/8, Rev. 1	Estrategia regional para la reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas
SPP36/9	La mujer, la salud y el desarrollo
SPP36/10	Respuesta de salud pública a las enfermedades crónicas
SPP36/11	Centros panamericanos

**LIST OF PARTICIPANTS
LISTA DE PARTICIPANTES**

**Members of the Subcommittee
Miembros del Subcomité**

***Canada
Canadá***

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

Ms. Jodi Lynn Brown
Senior Policy Analyst
International Affairs Directorate
Health Canada
Ottawa

Chile

Dra. Raquel Child
Jefa de la Oficina de Cooperación
y Asuntos Internacionales
Ministerio de Salud
Santiago

Cuba

Dr. Antonio D. González Fernández
Director de Relaciones Internacionales
Ministerio de Salud Pública
La Habana

Sra. Marisabel de Miguel
Segunda Secretaria
Sección de Intereses de Cuba
Washington, D.C.

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

El Salvador

Dr. José Francisco López Beltrán
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
San Salvador

Guyana

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

Honduras

Dr. Humberto Cosenza Jiménez
Secretario Ejecutivo de Cooperación Técnica
Secretaría de Estado en el Despacho de Salud
Tegucigalpa

United States of America
Estados Unidos de América

Mr. William Steiger
Special Assistant to the Secretary for International Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

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

United States of America (cont.)
Estados Unidos de América (cont.)

Mr. Richard S. Walling
Director, Office for the Americas and Middle East
Office of Global Health Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

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

Ms. Mary Lou Valdez
Associate Director for Multilateral Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

Ms. Carol J. Dabbs
Population, Health, and Nutrition Team Leader
Office for Regional Sustainable Development
Bureau For Latin America and the Caribbean
U.S. Agency for International Development
Washington, D.C.

Mr. Thomas Cooney
Foreign Affairs Officer
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

Uruguay

Sr. Jorge Seré Sturzenegger
Ministro Consejero, Representante Alterno
Misión Permanente del Uruguay ante la
Organización de Estados Americanos
Washington D.C.

**Other Member States
Otros Estados Miembros**

***Brazil
Brasil***

Mr. Paulo Roberto Amora Alvarenga
Representante Alterno
Misión Permanente de Brasil ante la
Organización de Estados Americanos
Washington D.C.

Costa Rica

Mr. Luis Guardia Mora
Representante Alterno
Misión Permanente de Costa Rica ante la
Organización de Estados Americanos
Washington D.C.

***Ecuador
Ecuador***

Sr. Luis Valencia
Consejero, Representante Alterno
Misión Permanente de Ecuador ante la
Organización de Estados Americanos
Washington D.C.

Jamaica

Dr. Deanna Ashley
Director of Health Promotion and Protection
Ministry of Health
Kingston

Other Member States (cont.)
Otros Estados Miembros (cont.)

Mexico
México

Dr. Jaime Sepúlveda Amor
Director General del Instituto Nacional de Salud Pública
Secretaría de Salud
México, D.F.

Lic. Eduardo Jaramillo Navarrete
Director General de Relaciones Internacionales
Secretaría de Salud
México, D.F.

Lic. Hilda Dávila Chávez
Directora de Asuntos Bilaterales y Regionales Americanos
Secretaría de Salud
México, D.F.

Sr. Manuel Herrera
Representante Alterno
Misión Permanente de México ante la
Organización de Estados Americanos
Washington D.C.

United nations Specialized Agencies
Agencias Especializadas de las Naciones Unidas

International Labour Organization
Organización Internacional de Trabajo

Mr. Emmanuel Reynaud
Chief of the Social Security Policy And Development Branch
Geneva, Switzerland

Mr. Pedro Crocco
Director for Latin America and the Caribbean of the STEP Program
Santiago, Chile

**Pan American Health Organization
Organización Panamericana de la Salud**

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

Dr. George A. O. Alleyne
Director

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

Dr. David Brandling-Bennett
Deputy Director
Director Adjunto

Dr. Mirta Roses Periago
Assistant Director
Subdirectora

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

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

Dr. María Teresa Cerqueira
Director, Division of Health Promotion and Protection
Directora, División de Promoción y Protección de la Salud

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

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

Pan American Health Organization (cont.)
Organización Panamericana de la Salud (cont.)

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

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

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

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

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

Mr. Mark Mathews
Chief, Department of Budget and Finance
Jefe, Departamento de Presupuesto y Finanzas

Mr. Philip MacMillan
Chief of Department of Personnel
Jefe, Departamento de Personal

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

Pan American Health Organization (*cont.*)
Organización Panamericana de la Salud (*cont.*)

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

Dr. Richard P. Marks

Legal Counsel
Asesora Jurídica

Dr. Heidi V. Jiménez

Chief, Conference and Secretarial Services
Jefa, Servicios de Conferencias y Secretaria

Ms. Rosa Irene Otero