



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



33.^a SESIÓN DEL SUBCOMITÉ DE PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

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

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

INFORME FINAL

ÍNDICE

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

INFORME FINAL

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

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

Mesa Directiva

El Subcomité eligió la siguiente Mesa Directiva:

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

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

Apertura de la sesión

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

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

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

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

Presentación y debate de los puntos del orden del día

Biblioteca Virtual en Salud (documento SPP33/6)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Protección de los alimentos (documento SPP33/4)

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

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

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

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

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

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

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

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

Se solicitaron aclaraciones o información adicional sobre los siguientes asuntos:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La Dra. Robles señaló que varios de los delegados habían subrayado la gravedad de las enfermedades cardiovasculares en los países en desarrollo, lo que representaba un cambio con respecto al pasado. Tradicionalmente, esas enfermedades se consideraban como problemas que afectaban principalmente a los países desarrollados, pero ahora se disponía de pruebas incontrovertibles de que los países en desarrollo estaban afectados por igual. En efecto, la información de la OPS indicaba que las enfermedades cardiovasculares eran la principal causa de muerte prematura en los países de América Latina y el Caribe. La prevención primaria y el control de la hipertensión constituían una respuesta estratégica que abordaría no solo los factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares sino también de muchas otras enfermedades no transmisibles, según habían observado varios delegados. La Organización estaba trabajando en varios enfoques integrados y comunitarios para prevenir los factores de riesgo de enfermedades no transmisibles, en particular en el proyecto CARMEN¹. Las actividades de cooperación técnica abarcadas por la Iniciativa Panamericana de Hipertensión Arterial y el proyecto CARMEN se complementarían.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Salud materna (documento SPP33/7)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Reparaciones al edificio de la sede de la OPS

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

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

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

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

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

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

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

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

Otros asuntos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Clausura de la sesión

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

Anexos

ORDEN DEL DÍA

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

LISTA DE DOCUMENTOS

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

**LIST OF PARTICIPANTS
LISTA DE PARTICIPANTES**

**Members of the Subcommittee
Miembros del Subcomité**

Bolivia

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

**Canada
Canadá**

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

Cuba

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

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

Members of the Subcommittee (*cont.*)

Miembros del Subcomité (*cont.*)

Ecuador

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

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

Guyana

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

Mexico
México

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

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

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

United States of America
Estados Unidos de América

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

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

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

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

Other Member States
Otros Estados Miembros

Brazil
Brasil

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

Honduras

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

**Pan American Sanitary Bureau
Oficina Sanitaria Panamericana**

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

Dr. George A. O. Alleyne
Director

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

Dr. David Brandling-Bennett
Deputy Director
Director Adjunto

Dr. Mirta Roses Periago
Assistant Director
Subdirectora

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Dr. German Perdomo
Senior Policy Adviser
Asesor Principal de Políticas

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

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

Legal Counsel
Asesora Jurídica

Dr. Heidi V. Jiménez

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

Dr. Richard P. Marks

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

Ms. Janice A. Barahona