



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD  
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



## **34.ª SESIÓN DEL SUBCOMITÉ DE PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO**

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

---

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

# **INFORME FINAL**

## CONTENIDO

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

## INFORME FINAL

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

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

### Mesa Directiva

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

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

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

### Apertura de la sesión

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Otros asuntos**

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

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

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

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

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

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

### **Clausura de la sesión**

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

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

## **ORDEN DEL DÍA**

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

## LISTA DE DOCUMENTOS

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

**LIST OF PARTICIPANTS  
LISTA DE PARTICIPANTES**

**PARTICIPANTS  
PARTICIPANTES**

**Members of the Subcommittee  
Miembros del Subcomité**

**Bolivia**

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

**Canada  
Canadá**

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

Dr. Beth Pieterston

**Costa Rica**

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

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

**Cuba**

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

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

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

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

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

**Ecuador**

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

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

**Guyana**

Dr. Rudolph Cummings  
Chief Medical Officer  
Ministry of Health  
Georgetown

**Mexico**  
**México**

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

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

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

Ms. Mary Lou Valdez  
Transition Coordinator  
Office of International and Refugee Health  
United States Public Health Service  
Department of Health and Human Services  
Rockville, Maryland

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

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

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

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

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

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

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

**Observers  
Observadores**

**Other Member States  
Otros Estados Miembros**

**Antigua and Barbuda  
Antigua y Barbuda**

Senator Samuel Aymer  
Special Advisor  
Ministry of Health  
St. Johns

**Honduras**

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

**Panama  
Panamá**

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

**Uruguay**

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

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

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

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

Lic. Miguel Angel Maito  
Representante ALIFAR  
Buenos Aires, Argentina

**Emergency Care Research Institute (ECRI)**

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

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

Sr. José Manuel Cousiño  
Director Asuntos Regulatorios  
Santiago, Chile

**U.S. Pharmacopeia**

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

**Pan American Sanitary Bureau  
Oficina Sanitaria Panamericana**

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

Sir George Alleyne

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

Dr. David Brandling-Bennett  
Deputy Director  
Director Adjunto

Dr. Mirta Roses  
Assistant Director  
Subdirectora

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Dr. Germán Perdomo  
Senior Policy Adviser  
Asesor Principal de Políticas

*Legal Counsel*  
*Asesora Jurídica*

Dr. Heidi V. Jiménez

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

*Advisers to the Director (cont.)*

*Asesores del Director (cont.)*

*Chief, Department of General Services*

*Jefe, Departamento de Servicios Generales*

Dr. Richard P. Marks

*Chief, Conference and Secretariat Services*

*Jefe, Servicios de Conferencias y Secretaría*

Ms. Janice A. Barahona