



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



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

Washington, D.C., EUA, 14 al 16 de marzo de 2001

SPP35/FR (Esp.)
16 marzo 2001
ORIGINAL: INGLÉS

INFORME FINAL

CONTENIDO

	<i>Página</i>
Mesa Directiva	3
Apertura de la sesión	3
Adopción del orden del día y del programa de reuniones	4
Presentación y debate de los puntos del orden del día	4
Convenio Marco para la Lucha Antitabáquica	4
Salud mental	7
Proyecto de presupuesto por programas de la Organización Panamericana de la Salud para el ejercicio financiero 2002-2003	10
Gestión de recursos humanos en el sector de la salud	14
Salud, agua potable y saneamiento en el desarrollo humano sostenible.....	14
Plan detallado para la próxima generación: Prevención y control del dengue	20
Promoción de la salud.....	23
Otros asuntos	26
Reglamento Sanitario Internacional	26
Plan Estratégico para la Organización Panamericana de la Salud para el período 2003-2007	27
Preparativos para el centenario de la Organización Panamericana de la Salud	28
Brote de poliomielitis en La Española	28
Fiebre aftosa	28
Encefalopatía espongiforme bovina (EEB)	29
Reparación y reconstrucción del sistema de salud en El Salvador	30
Clausura de la sesión	31
Anexo A: Orden del día	
Anexo B: Lista de documentos	
Anexo C: Lista de participantes	

INFORME FINAL

La 35.^a sesión del Subcomité de Planificación y Programación (SPP) del Comité Ejecutivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se celebró en la sede de la Organización en Washington, D.C, del 14 al 16 de marzo de 2001.

La sesión contó con la asistencia de representantes de los siguientes Miembros del Subcomité elegidos por el Comité Ejecutivo o designados por el Director: Brasil, Canadá, Cuba, El Salvador, Estados Unidos de América, Guyana y Uruguay. Venezuela no envió representante a la sesión. También estuvieron presentes observadores por Antigua y Barbuda, Francia, México y Nicaragua.

Mesa Directiva

Los siguientes Estados Miembros fueron elegidos para constituir la Mesa Directiva del Subcomité para la 35.^a sesión:

<i>Presidente:</i>	Canadá	(Sr. Nick Previsich)
<i>Vicepresidente:</i>	Uruguay	(Dr. Eduardo Touyá)
<i>Relator:</i>	Guyana	(Dr. Rudolph O. Cummings)

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 Director inauguró la sesión y dio la bienvenida a los participantes, en especial a los nuevos miembros del Subcomité. Dijo que estaba seguro de que, como siempre, las deliberaciones del Subcomité redundarían en gran beneficio para el trabajo de la Oficina y de la Organización en conjunto. En ese sentido, alentaba a los participantes a que consideraran los documentos como “obras en curso” que el Subcomité ayudaría a refinar antes de presentarlas al Comité Ejecutivo. Lamentó que varias circunstancias, incluidos los problemas ocasionados por la renovación del edificio de la sede de la OPS, hubieran retrasado la distribución de los documentos e impedido que la Oficina invitara a los Miembros u organizaciones no gubernamentales (ONG) a participar en la redacción de

los documentos. Sin embargo, le aseguró al Subcomité que la Oficina se proponía incluir a los Estados Miembros y demás organizaciones en el proceso de preparación de los documentos para las próximas sesiones, puesto que dicha práctica en la 34.^a sesión del Subcomité había resultado sumamente valiosa.

El Presidente se unió a la bienvenida del Director y alentó a los participantes a que consideraran el Subcomité como un foro para el diálogo abierto con la Oficina y discusión con los países en un ambiente menos formal que el que prevalece en los otros Cuerpos Directivos.

Adopción del orden del día y del programa de reuniones (documentos SPP35/1, Rev. 1 y SPP35/WP/1, Rev. 2)

La Dra. Sealey anunció que se había retirado el punto 7 del orden del día provisional preparado por la Oficina. Ese punto, “Revisión del proceso para lograr una representación equitativa de los Estados Miembros en los Cuerpos Directivos de la Organización Panamericana de la Salud”, se había incluido en el orden del día a solicitud del Gobierno de Venezuela, que posteriormente lo había retirado. Además, bajo “Otros asuntos”, se había invitado a la Delegada de El Salvador a presentar un informe sobre los daños que los terremotos recientes habían ocasionado al sistema sanitario de su país. Acto seguido, el Subcomité adoptó el orden del día provisional, con la enmienda, y el programa de reuniones.

Presentación y debate de los puntos del orden del día

La primera tarde de la sesión, el SPP se reunió con el Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo, que celebró su 19.^a sesión en la sede de la OPS, del 12 al 14 de marzo de 2001. Se trataron dos temas de interés para ambos Subcomités: la lucha antitabáquica y la salud mental.

Convenio Marco para la Lucha Antitabáquica (documentos SPP35/8 y Corrig.)

La Sra. Heather Selin (Asesora en Prevención y Control del Consumo de Tabaco, OPS) informó sobre los esfuerzos para elaborar el Convenio Marco para la Lucha Antitabáquica (CMLAT), los retos con que se enfrentaban los países de la Región para controlar el consumo de tabaco y adoptar definitivamente el CMLAT, y las pruebas de la eficacia de las prácticas óptimas para controlar el consumo de tabaco. La Organización consideró la negociación del Convenio Marco como una oportunidad histórica para la salud pública. El CMLAT, una vez adoptado, constituiría el primer tratado internacional

de salud pública internacional con fuerza jurídica obligatoria. No solo promovería la lucha para reducir el consumo de tabaco a nivel mundial, sino que también podría servir de ejemplo para movilizar la acción mundial hacia la solución de otros problemas de salud pública en el futuro.

Era evidente que el Convenio Marco hacía falta dada la pesada carga sanitaria y económica del consumo de tabaco, la falta de progreso en la reducción del tabaquismo y la puesta en práctica de soluciones eficaces, y el inmenso poder mundial de la industria tabacalera, que exigían una respuesta internacional. Aunque el contenido del CMLAT todavía se estaba negociando, había pruebas de las que los Estados Miembros se podían servir para fortalecer sus programas nacionales de lucha antitabáquica. En general, las políticas públicas y los impuestos al tabaco, el control del contrabando, los espacios libres de humo de tabaco, las prohibiciones a la promoción del tabaco y la educación pública habían resultado ser las medidas más eficaces en función de los costos para reducir el consumo de tabaco. El documento contenía información sobre las repercusiones de dichas prácticas óptimas y destacaba algunos de los obstáculos que impiden que los países las apliquen y que se preparen para la adopción del CMLAT. La Organización instó a los Estados Miembros a que analicen cuidadosamente esos obstáculos, las medidas para salvarlos y la ayuda que la OPS podría brindar a los países. Sin la acción decidida para combatir la lucha de la industria tabacalera para ampliar sus mercados —especialmente entre las mujeres y los niños— la Región sería testigo de un costo cada vez más elevado en defunciones por consumo de tabaco en las mujeres y en los hombres, y de tasas ascendentes de consumo de tabaco y adicción al mismo en los niños y adolescentes.

El Subcomité consideró que el documento proporcionaba un resumen acertado de los temas importantes que había que abordar con respecto al Convenio Marco y alentó a la OSP a que continuara apoyando a los países en la formulación de sus programas nacionales de lucha antitabáquica y a participar en el proceso de negociación del CMLAT. Se sugirió que, a tales fines, podría ser útil que los países de la Región se reuniesen un día antes de la sesión de negociación programada para el 29 de abril de 2001, en Ginebra.

Varios delegados describieron las medidas que sus países habían implantado para combatir el consumo de tabaco y los obstáculos para seguir progresando. El contrabando de los productos de tabaco se citó como un obstáculo importante. Se informó que los países del MERCOSUR estaban examinando la posibilidad de armonizar los precios como una forma de desalentar el contrabando. Otro obstáculo a la aplicación de medidas antitabáquicas enérgicas era la falta de pruebas económicas de la repercusión del tabaquismo en los países, que eran imprescindibles para persuadir a los gobiernos de la necesidad de reducir el consumo de tabaco y promulgar las leyes apropiadas. Un delegado

sugirió que sería muy útil realizar un estudio similar al del Banco Mundial¹, pero a nivel de país. La globalización de la publicidad también se mencionó como uno de los obstáculos principales a las actividades nacionales de lucha antitabáquica. Se señaló que de poco servía a los países prohibir la publicidad del tabaco si las publicaciones periódicas y difusiones que se reciben del extranjero continuaban promoviendo los productos de tabaco. También se señaló que las prácticas políticas, sociales y culturales locales podrían representar obstáculos y deberían tenerse en cuenta al formular programas y políticas de lucha contra el tabaquismo.

Se plantearon varias inquietudes en lo referente a las recomendaciones contenidas en el informe del comité de expertos sobre los documentos de la industria tabacalera y las estrategias de las empresas para minar las actividades de lucha antitabáquica de la Organización Mundial de la Salud (OMS). En particular, la recomendación de que los Estados Miembros velaran por que las delegaciones a la OMS no incluyeran a ninguna persona relacionada con la industria tabacalera se juzgaba una restricción al derecho de los gobiernos soberanos a elegir a sus representantes diplomáticos.

La Sra. Lynne Dee Sproule (Canadá, Vicepresidenta del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo) hizo hincapié en la necesidad de desglosar por sexo las estadísticas del consumo de tabaco y de prestar más atención a los factores de género que influían en el consumo de tabaco en las mujeres y los hombres, así como en su decisión de dejar fumar. Las diferencias en esos factores hacían indispensable incorporar una perspectiva de género en la lucha antitabáquica y los programas de abandono del hábito de fumar.

La Sra. Selin dijo que la OPS estaba convencida de que el abandono del hábito de fumar por los fumadores actuales sería el factor más grande para evitar las defunciones relacionadas con el tabaco en un futuro próximo. El fortalecimiento de los programas de abandono del hábito de fumar, por ende, era muy importante. Sin embargo, se había demostrado que las demás medidas recomendadas en el documento alentaban a dejar de fumar. Los entornos sin humo de tabaco, los precios más caros y las prohibiciones a la publicidad, en conjunto, animaban a los fumadores a abandonar el hábito. Con respecto al desglose por género de las estadísticas señaló que era difícil obtener información fidedigna sobre el consumo de tabaco en general y aún más difícil obtener datos desagregados por sexo, lo cual ponía de relieve la necesidad de mejorar la vigilancia. También hacían falta datos de evaluación para determinar el efecto de las medidas de control y recoger más pruebas a favor de la lucha antitabáquica en la Región.

¹ Banco Mundial. *Curbing the Epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control*. Washington, D.C: Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento; 1999. Esta publicación se distribuyó al Subcomité.

El Director, respondiendo a las observaciones acerca del informe del comité de expertos de la OMS, dijo que le tenían muy preocupado algunas observaciones en el informe que insinuaban que la industria tabacalera podría haber influido en la OPS. Le complacía informar que el ex Ministro de Salud de Canadá y el ex Ministro de la Salud y Relaciones Exteriores de Barbados habían realizado un examen exhaustivo de los registros de la Organización y habían llegado a la conclusión de que no había ningún indicio en absoluto de que la industria tabacalera o las personas asociadas con esa industria hubieran influido en el presupuesto de la OPS ni en sus políticas o programas.

La Organización estuvo de acuerdo con algunas de las recomendaciones contenidas en el informe, en particular, la que trata de los conflictos de intereses, que la OPS tenía previsto llevar a cabo. No haría comentarios sobre la recomendación relativa a la composición de las delegaciones nacionales a la OMS, puesto que se trataba de un asunto que concernía a los Estados soberanos. Sin embargo, declaraba categóricamente que no se destinarían más fondos de la Organización a investigar la posibilidad de que la industria tabacalera hubiera influido de alguna manera en la OPS ni se usarían fondos de la OPS para apoyar investigaciones en las que participara la industria tabacalera o para ayudar a los países a entablar demandas contra la industria tabacalera. No creía que fueran apropiados esos usos de los recursos que los Estados Miembros habían encomendado a la Organización.

La idea de celebrar una reunión regional antes de la sesión de negociación de abril merecía consideración. La Oficina estudiaría la manera de facilitar dicha reunión. El Director recalcó, sin embargo, que si bien la OPS estaba dispuesta indudablemente a ayudar a promover la participación de los Estados Miembros en el proceso de negociación del CMLAT, había que comprender que los países debían dirigir y llevar a cabo el proceso.

Salud mental (documentos SPP35/10 y Corrig.)

El Dr. José Miguel Caldas de Almeida (Coordinador, Programa de Salud Mental, OPS) presentó el documento preparado por la Oficina sobre este punto, en el cual se examinaba la situación actual de las Américas, se definían los retos principales para la salud mental en 2001 y se trataban las nuevas estrategias e iniciativas que se necesitan para hacer frente a esos desafíos. En el último decenio, la situación sanitaria mental había cambiado radicalmente por dos razones principales: 1) la comprensión de que las repercusiones de los problemas de salud mental y su contribución a la carga global de morbilidad eran mucho más grandes de lo que se creía anteriormente, y 2) los adelantos científicos importantes en el desarrollo de tratamientos y servicios de salud mental, nuevos y más eficaces. No obstante, seguía habiendo una gran diferencia entre lo que se está haciendo y lo que se podría hacer. Esta diferencia era resultado de los recursos

limitados asignados; la centralización de la atención de salud mental en grandes instituciones, ineficaces y desactualizadas; y, especialmente, el estigma, que sigue siendo la barrera principal a la atención debida de la salud mental.

Varios eventos planeados para 2001 podrían ayudar a aumentar la conciencia sobre la importancia de la salud mental y la necesidad de mejorar la atención a las personas con trastornos mentales. El tema del Día Mundial de la Salud, el 6 de abril de 2001, sería la “Salud Mental: No a la exclusión; sí a la atención”. Además, la Asamblea Mundial de la Salud examinaría la salud mental, que sería el tema principal del *Informe sobre la salud en el mundo 2001*. La OPS estaba empeñada en ayudar a los países de la Región a aprovechar las oportunidades únicas que les ofrece esta atención internacional a la salud mental. El documento y la presentación de diapositivas del Dr. Caldas esbozaron varias medidas que se proponían a los Estados Miembros y a la Oficina para mejorar la visibilidad y el valor agregado de la salud mental: ejecutar políticas y planes de salud mental basados en pruebas; formar la capacidad técnica y movilizar los recursos en los países para la reforma en materia de salud mental; reestructurar los servicios, haciendo hincapié en los servicios comunitarios y la promoción de la salud mental; reducir el estigma relacionado con los trastornos mentales; proteger los derechos humanos de los enfermos mentales; garantizar la equidad en la disponibilidad de la atención de salud mental, con especial atención a los grupos vulnerables, como las mujeres, los niños y los ancianos; y la paridad de los servicios de salud mental con otros tipos de servicios sanitarios.

El Subcomité estuvo de acuerdo con la necesidad de aprovechar los eventos internacionales planeados para 2001 para aumentar la visibilidad de los temas de salud mental y promover las reformas de la atención de la salud mental. Varios delegados compartieron información sobre los eventos programados a nivel nacional para celebrar el Día Mundial de la Salud y las actividades de sus países para mejorar los servicios de salud mental, especialmente mediante la ampliación de la atención comunitaria, la integración social de las personas con trastornos mentales y métodos sanitarios demográficos que reconozcan la salud mental como un componente integral de la salud y el bienestar generales. Se recalcó la importancia de tener en cuenta los numerosos factores sociales y económicos que determinan la salud mental. La acción intersectorial en materia de salud mental era vital, considerando que las políticas y actividades ajenas al sector de la salud influyen en muchos de esos factores determinantes de la salud mental. También se sugirió que quizá los países tuvieran que aplicar un sistema progresivo de reforma de la atención de salud mental, con acciones para fines específicos basadas en sus perfiles nacionales de salud mental.

Se subrayó la importancia de promover la salud mental e incorporarla en la atención primaria de salud. A este respecto, se señaló que es preciso formar médicos de

atención primaria que diagnostiquen y traten los trastornos mentales en las primeras etapas y que la formación en psiquiatría debe formar parte de la educación médica general. Se apoyó expresamente la idea de la participación de los consumidores y familiares en las actividades de salud mental que se describen en el documento. Un delegado señaló que la experiencia en su país había demostrado que los servicios de salud mental y las actividades de promoción de la salud mental se fortalecían cuando las personas a las que se pretendía beneficiar participaban en su concepción y realización.

El Subcomité destacó asimismo la importancia de aplicar una perspectiva de género para hacer los servicios de salud mental más equitativos, especialmente considerando que algunos trastornos —en particular la depresión— eran más prevalentes en las mujeres, en tanto que los problemas como el abuso de sustancias, eran más frecuentes en los hombres. Se insistió en la necesidad de prestar atención en salud mental en todas las etapas de la vida, desde la infancia. Un delegado citó resultados de investigaciones que revelaban que los niños criados en hogares con adultos que sufrían trastornos mentales no solo tenían un riesgo mucho más alto de padecer un trastorno mental ellos mismos sino también un riesgo más alto de presentar problemas de salud de otros tipos. La sesión especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas para el seguimiento de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia, programada para septiembre de 2001, se consideró una oportunidad ideal para aumentar la conciencia sobre las necesidades de salud mental de los niños.

Por último, varios delegados mencionaron la iniciativa “Salud Mental Mundial 2000” de la OMS, un estudio mundial para recoger y analizar estadísticas, que ayudarían a aumentar las pruebas que se necesitan en materia de salud mental. Se recomendó que se incluyera información sobre el estudio en la próxima versión del documento.

El Dr. Caldas de Almeida agradeció a los delegados sus observaciones constructivas, que ayudarían a la Oficina a enriquecer el documento antes de la sesión del Comité Ejecutivo. En particular, se haría más explícita la necesidad de una perspectiva de género y se prestaría más atención a la salud mental de los niños y al tema de la formación en salud mental. Estuvo de acuerdo con la conveniencia de un sistema progresivo de reforma basado en las necesidades propias de los países y sus niveles de desarrollo en materia de atención y promoción de la salud mental. La cooperación técnica de la OPS también debería guiarse por el análisis de las necesidades y prioridades concretas de los países. Tal como había observado un delegado, el tema de la comorbilidad —en particular, la relación de las enfermedades mentales con el abuso del alcohol y las drogas— también merecía más atención en el documento. En cuanto al estudio de Salud Mental Mundial 2000, presentó al Dr. Claudio Miranda (Asesor Regional en Salud Mental, OPS), encargado de coordinar el estudio en las Américas.

El Dr. Miranda explicó que el estudio era una iniciativa conjunta de la OMS y la Universidad de Harvard para recoger y analizar estadísticas comparativas sobre la prevalencia de los trastornos mentales y otros factores de la salud mental (entre otros, factores afines de riesgo, utilización de servicios y contribución a la carga de morbilidad) en los países de todo el mundo. En la OPS, el Director había establecido una unidad para coordinar la recogida y el análisis de datos de las Américas. El Dr. Miranda subrayó la importancia de la participación en el estudio de tantos países de la Región como fuera posible.

El Dr. Alleyne comentó que uno de los compromisos que él había contraído como Director era que la Organización tendría un programa dinámico de salud mental. Estaba complacido con el progreso que se había logrado en ese campo. El programa de salud mental ahora estaba más focalizado y dirigido hacia determinados temas. Estaba satisfecho de la respuesta positiva del Subcomité a ese enfoque y al documento y satisfecho de que el tema de la salud mental hubiera generado tanto interés y entusiasmo.

Proyecto de presupuesto por programas de la Organización Panamericana de la Salud para el ejercicio financiero 2002-2003 (documento SPP35/3)

El Director presentó el proyecto de presupuesto, señalando que se había formulado en conformidad con las orientaciones estratégicas y programáticas de la OPS para el cuatrienio 1999-2002. Persistían muchos de los retos con que se había enfrentado la Organización al comienzo del bienio 2000-2001, especialmente la pobreza y la inequidad. El proyecto de presupuesto por programas respondía a esos retos. El documento del presupuesto constaba de ocho secciones de asignación, en lugar de las siete de antes. Con objeto de lograr más transparencia en lo referente a la estructura orgánica y al trabajo de la Oficina, se había agregado una sección para destacar las actividades de la Oficina del Director y las oficinas de asesoramiento importantes que apoyaban al Director, así como las actividades del Fondo para Actividades de Desarrollo del Director Regional.

Alentó a los participantes a que consideraran el examen del presupuesto como un ejercicio conjunto en el cual los Estados Miembros trabajaban con la Oficina para confeccionar el programa de trabajo de la Organización para el próximo bienio y proponer los recursos que se requieren para apoyar ese programa.

Las presentaciones de los programas del presupuesto estuvieron a cargo de los doctores Juan Antonio Casas (Director, División de Salud y Desarrollo Humano), Daniel López Acuña (Director, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud), Ciro de Quadros (Director, División de Vacunas e Inmunización), María Teresa Cerqueira (Directora, División de Promoción y Protección de la Salud), Mauricio Pardón (Director,

División de Salud y Ambiente), Stephen Corber (Director, División de Prevención y Control de Enfermedades) y Enrique Loyola, en nombre del Dr. Carlos Castillo-Salgado (Jefe, Programa Especial para Análisis de Salud). Los directores resumieron el programa propuesto para sus divisiones o programas respectivos, empezando con una síntesis de los temas y retos y de los objetivos generales que guiarían su trabajo respectivo, y luego examinaron las metas y los resultados esperados particulares de los diversos proyectos y programas dentro de sus divisiones. El documento SPP35/3 contiene información más detallada sobre el programa propuesto.

El Sr. Román Sotela (Jefe, Sección de Presupuesto, OPS) esbozó los principales determinantes financieros que se habían tenido en cuenta al formular el proyecto de presupuesto para el bienio 2002-2003. El proyecto de presupuesto ordinario conjunto de la OPS y la OMS alcanzaba un monto de US\$ 261.482.000², que representaba un aumento de 2,0% con respecto al presupuesto aprobado para el bienio 2000-2001. Se había calculado esa cifra teniendo en cuenta la reducción prevista en la porción aportada por la OMS y los aumentos obligatorios de costos relacionados con los puestos. Cabía prever que la porción del proyecto que fijaría la OMS —sujeta a la aprobación de la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2001— fuera de \$74.682.000. Este monto representaba una reducción de \$4.427.000, o 5,6%, por comparación con la asignación total del presupuesto de la OMS para 2000-2001, que había sido de \$79.109.000. Esta última cifra incluía \$77.725.000 de fondos ordinarios, más una asignación autorizada por una sola vez de \$1.384.000 proveniente de los ingresos ocasionales.

La porción del proyecto de presupuesto de la OPS alcanzaba \$186.800.000, que representaba un aumento de 5,5% para el bienio. La porción de la OPS sería financiada con \$170.300.000 de las cuotas, cifra que representaba un aumento de 4,5% durante el bienio, y con fondos de los ingresos varios proyectados por un valor de \$16.500.000. El aumento de 2,0% del presupuesto conjunto de la OPS y la OMS representaba un aumento neto de 6,5% como resultado del aumento obligatorio en los rubros relacionados con los puestos y una reducción de 4,1% en los rubros no relacionados con los puestos. En sus proyecciones, la Oficina había decidido aplicar un factor de costo a los gastos de las oficinas mucho más bajo que el vinculado con la inflación. Como resultado, la OPS estaría absorbiendo aproximadamente \$4,3 millones de los costos inflacionarios. El presupuesto general reflejaba un crecimiento real inferior a cero, y el nivel nominal del presupuesto no asignado a puestos era prácticamente el mismo que el del presupuesto correspondiente a 1992-1993.

El Subcomité aplaudía el método de programación basado en los resultados que reflejaba el documento y avalaba los objetivos estratégicos incorporados en el programa

² A menos que se indique lo contrario, las cifras monetarias en este informe se expresan en dólares de los Estados Unidos.

propuesto. Sin embargo, se sugería que podría ser conveniente revisar las orientaciones estratégicas y programáticas para 1999-2002, que constituían la base del programa, antes de ultimar el programa y el presupuesto, ya que era posible que algunas de las situaciones que dichas orientaciones pretendían resolver hubieran cambiado y que hubieran surgido nuevas prioridades. Se señaló que las secciones de promoción de la salud, y salud y ambiente —a las cuales la Organización había concedido una prioridad alta— habían recibido las asignaciones más bajas de todas las divisiones técnicas. Varios delegados formularon preguntas acerca del monto proyectado del financiamiento extrapresupuestario y el grado en que su disponibilidad influía en la programación de la Organización. De igual manera, algunos delegados se preguntaban en qué forma la participación de nuevos interesados directos en el sector de la salud —en particular, los bancos internacionales de desarrollo y otros organismos ajenos al sector sanitario— estaban influyendo en la elaboración de programas. Además, se hicieron varias preguntas sobre aspectos concretos de diversos programas y proyectos.

Con respecto al monto del presupuesto, se manifestó inquietud con relación al aumento propuesto de las cuotas, considerando que muchos países de la Región se encontraban en una situación económica difícil. La Delegada de los Estados Unidos reiteró la posición de su gobierno en lo referente al crecimiento nominal cero en los presupuestos de todos los organismos de las Naciones Unidas, incluidas las OMS y la OPS. Los Estados Unidos se oponían a cualquier aumento del presupuesto ordinario de la OPS y creían que la Organización podría encontrar maneras de lograr sus objetivos con los recursos con que contaba. El Delegado de Canadá dijo que su gobierno compartía muchas de las inquietudes expresadas por los Estados Unidos y demás delegados en relación con los aumentos propuestos, pero iba a esperar hasta que el Comité Ejecutivo se reuniera en junio de 2001 para declarar su posición frente al presupuesto. Señaló, sin embargo, que los Estados Miembros estaban exigiendo más de la Organización, por ejemplo, con respecto al cumplimiento de las cartas y los convenios internacionales en varias de las esferas consideradas por el Subcomité durante su 35.ª sesión. A su juicio, era poco realista pedirle a la OPS que respondiera a esas exigencias y luego rechazar cualquier aumento de su presupuesto.

En respuesta a las observaciones sobre los fondos extrapresupuestarios, los doctores Casas y López Acuña recalcaron que la programación de la Organización de ninguna manera estaba determinada por la disponibilidad de los fondos extrapresupuestarios. La OPS determinaba las secciones en las que se necesitaba financiamiento extrapresupuestario y luego acudía a los donantes con proyectos. El Dr. López Acuña agregó que la Organización cada vez más estaba solicitando de los donantes apoyo general a los programas, en lugar de apoyo parcial a determinados proyectos. En cuanto al monto proyectado del financiamiento extrapresupuestario, el Sr. Sotela dijo que era difícil predecir cuánto estaría disponible. Probablemente era razonable suponer que la

cantidad sería similar a la de los dos bienios anteriores (es decir, entre \$135 millones y \$150 millones), pero era imposible informar para qué secciones del programa se movilizarían esos fondos. Con respecto a la participación de una variedad creciente de organismos e instituciones en actividades relacionadas con la salud, el Dr. López Acuña señaló que las instituciones financieras estaban inyectando alrededor de \$2.000.000.000 al año en proyectos relacionados con la salud, lo cual era un acontecimiento positivo. Sin embargo, para maximizar el efecto sanitario de ese financiamiento, era esencial encontrar maneras de lograr la sinergia con esas instituciones. El Dr. de Quadros dijo que la experiencia de su División había mostrado la importancia de tener un mecanismo coordinador interinstitucional, a nivel regional y de país.

El Director observó que la Agenda Compartida establecida en 2000 por la OPS, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Banco Mundial había sentado las bases para una colaboración más estrecha entre los tres organismos. En cuanto a los fondos extrapresupuestarios, aseguró al Subcomité que la Organización nunca aceptaría ofertas de financiamiento de donantes para actividades que no fueran congruentes con las orientaciones estratégicas y programáticas aprobadas por los Cuerpos Directivos, ni aceptaría ninguna limitación impuesta por un donante en cuanto a las zonas geográficas en las cuales los fondos se podían utilizar. El proceso para movilizar fondos extrapresupuestarios era complicado, ya que cada proyecto propuesto tenía que pasar por un examen programático y jurídico minucioso. Sin embargo, dadas las limitaciones del presupuesto ordinario, era un proceso del cual se debería ocupar la Organización si iba a realizar todo lo que los países le habían pedido. En cuanto al monto del financiamiento extrapresupuestario previsto para el bienio 2002-2003, en vista del clima económico que privaba en la Región, no estaba seguro de que se pudiera mantener el mismo nivel de 2000-2001.

Estuvo de acuerdo en que hay que examinar las orientaciones estratégicas y programáticas a la luz de los cambios en la situación regional antes de finalizar el programa. En su presentación al Comité Ejecutivo, la Oficina señalaría los cambios que explicaban las modificaciones presupuestarias y programáticas. Considerando la distribución del presupuesto entre las diversas secciones del programa, explicó que las asignaciones no eran forzosamente un reflejo de la importancia que la OPS concedía a determinadas secciones; más bien, las asignaciones eran producto de un proceso de diálogo y asignación de prioridades a nivel de país. Debido a sus circunstancias nacionales, era posible que algunos países decidieran darle más importancia a la prevención y al control de enfermedades, por ejemplo, que a la promoción de la salud. Otra influencia en las asignaciones era la distribución de los puestos en los países; cambios pequeños en los puestos podían traducirse en diferencias grandes en el monto asignado a las diferentes secciones del programa.

En lo que se refería al monto del presupuesto, era perfectamente consciente de las dificultades económicas con que se enfrentaban los países. La Organización no les pediría a los países que cubrieran los aumentos en los costos de los puestos, que eran obligatorios y escapaban a la voluntad de la OPS. Más bien, esos aumentos se cubrirían con los fondos de las asignaciones no relacionadas con los puestos y la Organización trataría de hacer el mismo trabajo con menos dinero en relación con la porción de estos rubros del presupuesto. Tal como había explicado el año pasado, después de la Asamblea Mundial de la Salud, cuando se determinara el monto exacto de la asignación de la OMS a la Región, haría ajustes y trataría de reducir al máximo la carga en los países miembros. Reiteró su exhortación a los Estados Miembros de que consideren el proceso de presupuestación como un esfuerzo coordinado. Si los Miembros aceptaban que el programa respondía a las prioridades que habían fijado, entonces les pedía, en aras de esa acción coordinada, que colaboraran con la Oficina a fin de que la Organización pudiera llevar a cabo el programa.

Gestión de recursos humanos en el sector de la salud (documento SPP35/4)

El Dr. Pedro Enrique Brito (Coordinador, Programa de Desarrollo de Recursos Humanos, OPS) presentó el documento sobre este tema, que examinaba las consecuencias de la reforma sanitaria para la gestión de recursos humanos y esbozaba la estrategia de cooperación técnica de la Organización para fortalecer la capacidad de gestión de recursos humanos en los países a fin de mejorar el desempeño de los sistemas de salud y apoyar los procesos de reforma del sector. Los procesos de reforma sanitaria — especialmente la descentralización— habían dado lugar a retos nuevos en la gestión del personal sanitario. No obstante, el tema de los recursos humanos había estado ausente en muchos de los programas de reforma sanitaria. El documento esbozaba los cambios necesarios en las esferas conceptual, política y operativa para fortalecer la capacidad institucional de los sistemas de salud de gestionar recursos humanos.

Para ayudar a los países a enfrentarse con esos desafíos, la OPS había preparado una estrategia de cooperación técnica con objeto de articular la gestión de recursos humanos con la de servicios sanitarios, fortalecer la capacidad institucional, crear y transferir instrumentos y mejores prácticas eficaces, desarrollar sistemas de información, y actualizar y simplificar los reglamentos para la gestión de recursos humanos. El elemento fundamental de la estrategia de la Organización era el “Observatorio de los recursos humanos en las reformas sectoriales en salud”, una iniciativa regional para la formación de capacidad conjunta que incluía grupos nacionales, interinstitucionales e intersectoriales, promovidos y coordinados por los ministerios de salud y las Representaciones de la OPS/OMS. La finalidad del Observatorio era contribuir a la definición de políticas de recursos humanos y a realizar la evaluación y el monitoreo del desarrollo de recursos humanos en el marco de los procesos de reforma sectorial, dando

cumplimiento al mandato recibido por la OPS en la Cumbre de las Américas de Miami, en 1994. La iniciativa se inició en junio de 1999 y en la actualidad participan 12 países.

El Subcomité consideró el documento oportuno e informativo, y estuvo de acuerdo en que la gestión eficaz de recursos humanos era esencial para fortalecer los sistemas de salud en las Américas. El Subcomité también expresó apoyo al Observatorio como fuente de información para la formulación de políticas y como recurso para la elaboración de material de capacitación y metodologías. Los miembros destacaron varios temas importantes para los recursos humanos. Se señaló que la tendencia hacia la descentralización había creado una demanda local extraordinaria de personal administrativo. Por lo tanto, había una necesidad crítica de capacitación en gestión de sistemas sanitarios, especialmente de capacitación en el servicio y programas de educación a distancia para formar al personal contratado a fin de que adquiriera rápidamente las aptitudes necesarias para administrar los servicios de salud en los sistemas descentralizados. Además, la capacitación en gestión se necesitaba para el personal de salud pública en otros sectores que también se estaban descentralizando, como la vigilancia epidemiológica.

Un problema conexo reconocido por el Subcomité era la necesidad de volver a capacitar al personal sanitario y lograr una combinación idónea de profesionales diversos para atender las necesidades sanitarias en el marco de la reforma sectorial. Varios delegados observaron que había más médicos que enfermeras en muchos países, mientras que el equipo de salud ideal constaría de mucho más personal de enfermería y paramédico que médico. Se dijo que la OPS tenía una función que desempeñar en la preparación de sistemas de clasificación y categorías de profesiones sanitarios. Un delegado observó que la falta de tales sistemas dificultaría la evaluación de la composición y las limitaciones de la fuerza laboral sanitaria y podría ser un obstáculo a la toma de decisiones acerca de las prioridades de capacitación y las inversiones apropiadas en educación y formación.

Gran parte de los debates del Subcomité se centraron en los problemas para atraer y retener a los profesionales de la salud pública, en la capacitación apropiada para que el personal sanitario satisfaga la demanda del sector y en la emigración del personal sanitario. Los delegados mencionaron varios obstáculos que tendían a desanimar a los jóvenes a entrar a las profesiones de la salud pública y a permanecer en ellas, entre otros, sueldos bajos, falta de respeto, muchas horas de trabajo, dificultad para encontrar empleo después de graduarse y falta de seguridad en el empleo. Además, se señaló que la mayor parte de la educación en salud pública no hacía hincapié en la práctica. Se determinó que las relaciones entre la educación académica y la práctica era un ámbito para la cooperación técnica de la OPS. Otro problema que se destacó durante el debate fue la falta de coordinación entre las instituciones que formaban profesionales de la salud y las que los empleaban, que llevaba a que las instituciones de capacitación no estuvieran

formando personal sanitario con los tipos de aptitudes y conocimientos que se requieren en el entorno actual. Se subrayó la necesidad de personal adiestrado en atención primaria de salud y enfoques de promoción de la salud.

El tema de la “fuga de cerebros”, o la migración del personal sanitario, fue suscitado por varios delegados. Se señaló que la migración interna y externa planteaba un problema. En los países, el personal sanitario estaba renuente a prestar servicios en las zonas pobres y remotas, prefiriendo instalarse en las zonas urbanas más prósperas. Por consiguiente, había que encontrar incentivos, como sueldos y prestaciones más altos, a fin de atraer profesionales sanitarios a las comunidades pobres y subatendidas. Con respecto a la migración externa, se sugirió una solución que consistía en ofrecer becas de estudios con la condición que los adjudicatarios regresaran a prestar servicios en sus países.

El Dr. Brito dijo que la migración del personal sanitario era una de las tendencias que se estaba estudiando por medio del Observatorio. Otro tema era el de la seguridad en el empleo y las protecciones sociales para los trabajadores sanitarios ante las nuevas modalidades de contratación flexible que se estaban introduciendo como parte de los procesos de reforma del sector. Uno de los fines principales del Observatorio era servir de centro de distribución de información para el intercambio de ideas y experiencias con relación a estos problemas de recursos humanos y a otros comunes que comparten los países de la Región en conjunto.

En respuesta a la pregunta de un delegado acerca de la relación entre la iniciativa de gestión de recursos humanos y la Iniciativa de Salud Pública de las Américas, dijo que la OPS consideraba la gestión de recursos humanos como una función esencial de la salud pública, cuyo desempeño pretendía medir la Iniciativa de Salud Pública de las Américas. La Iniciativa estaba aportando información sobre gestión de recursos humanos y las aptitudes básicas de capacitación del personal de servicios sanitarios. Uno de los campos en los que estaba trabajando la Organización en el marco de la Iniciativa era la nueva orientación de la educación en salud pública. Tal como el Subcomité había observado atinadamente, la mayor parte de las instituciones de capacitación en salud pública únicamente ofrecían instrucción formal a nivel de maestría o doctorado. Era evidente que hacían falta estrategias para la capacitación en el servicio no tradicional, a fin de enseñar aptitudes de gestión al personal que presta servicios sanitarios. La Organización desde hacía mucho había insistido en una relación más estrecha entre los sectores de la educación y la salud para que los programas de estudios realmente comprendieran lo que el personal sanitario hace en la práctica. En cuanto a los sistemas de clasificación de personal, se señaló que algunos países estaban acercándose a una reclasificación de las ocupaciones de salud basadas en las competencias. Tales sistemas de clasificación basados en competencias podrían facilitar más la relación entre la formación y la práctica.

El Dr. López Acuña señaló que el fortalecimiento de la gestión de recursos humanos guardaba una relación estrecha no solo con la Iniciativa de Salud Pública de las Américas, sino con el trabajo de la Organización en materia de reforma sectorial y el fortalecimiento de la rectoría de los ministerios de salud. La OPS se había esforzado en establecer una relación explícita entre la iniciativa de gestión de recursos humanos y las iniciativas afines. El Observatorio estaba conectado con el Centro de Distribución de Información de la Reforma del Sector de la Salud, que formaba parte de una labor conjunta de la OPS y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (AID) en el campo de la reforma sanitaria. La Organización también había tratado de establecer una conexión muy clara entre la Iniciativa y la medición del desempeño de las funciones esenciales de salud pública. Por otra parte, el fortalecimiento de la gestión de recursos humanos formaba parte de la tarea de reforzar la función rectora de las autoridades sanitarias. Un aspecto básico de esa función rectora era la capacidad para utilizar la información y las pruebas con objeto de influir en la formación y gestión de los recursos humanos.

El Director observó que varios delegados se habían destacado como profesionales distinguidos tanto en la educación como en la práctica de la salud pública y, por lo tanto, estaban en condiciones de ofrecer apreciaciones valiosas acerca de cómo articular mejor las dos esferas. Una de las inquietudes principales de la OPS era facilitar una coordinación mejor entre quienes formaban recursos humanos y quienes los usaban para que la fuerza laboral sanitaria poseyera las competencias necesarias para satisfacer la demanda sanitaria de la población y velara por que se estuvieran cumpliendo las funciones esenciales de salud pública. El debate había fortalecido la opinión de la Organización de que el desempeño de dichas funciones esenciales de salud pública, en especial la gestión de recursos humanos, se había descuidado en el debate sobre la reforma sanitaria, dominado por las inquietudes relacionadas con el financiamiento de los sistemas asistenciales. La OPS estaba tratando de volver a focalizar el debate para cerciorarse de que esas funciones esenciales se estuvieran cumpliendo.

Salud, agua potable y saneamiento en el desarrollo humano sostenible (documento SPP35/5)

El Dr. Mauricio Pardón (Director, División de Salud y Ambiente, OPS) hizo la presentación sobre este tema en nombre de su propia División y de la División de Salud y Desarrollo Humano, que había colaborado en la preparación del documento. Empezó describiendo los elementos que contribuían al desarrollo humano sostenible: salud, conocimientos y acceso a la educación, acceso a recursos suficientes y capacidad para ejercer el derecho básico a un nivel de vida adecuado para la salud y el bienestar, como se estipulan en la Declaración Universal de Derechos Humanos. El agua potable y el saneamiento adecuado eran indispensables para la salud y, por consiguiente, también lo

eran para el desarrollo humano sostenible. En efecto, se había demostrado una correlación directa entre los niveles de cobertura de agua y saneamiento y el índice de desarrollo humano.

A pesar de los avances considerables en la ampliación de la cobertura de agua potable y saneamiento en la Región, millones de personas todavía no tenían acceso fácil al abastecimiento de agua fiable y opciones de saneamiento eficaces. El gran reto para los países de la Región era lograr y conservar el acceso universal y equitativo a los servicios de agua potable y saneamiento. Los ministerios de salud tenían una función importante que desempeñar en el logro de ese objetivo y la promoción de un enfoque integrado al manejo de los recursos hídricos, sin los cuales sería imposible conservar la cobertura, proteger las fuentes de agua y sostener su buena calidad. Las funciones esenciales de los ministerios de salud comprendían la vigilancia de la calidad del agua, la formulación de políticas públicas sanas y el desarrollo de normas y reglamentos, la formación de asociaciones y la negociación con socios a todos los niveles (nacional, regional, local), el desarrollo de recursos humanos y la intervención directa en campos como la educación higiénica. La OPS seguiría prestando cooperación técnica a los ministerios para formar su capacidad de realizar esas funciones.

El Subcomité estuvo de acuerdo con que la contribución del agua y el saneamiento a la salud ambiental y al desarrollo humano sostenible era imprescindible. También aceptaba que los ministerios de salud tenían un papel importante que desempeñar con respecto a la promoción del acceso universal al agua de buena calidad y al saneamiento, aunque se señaló que algunos otros sectores participaban en la prestación de dichos servicios. Varios delegados señalaron que en muchos países la responsabilidad primaria del agua y el saneamiento recaía en entidades al nivel provincial, estatal o municipal, y que esas entidades habían asumido muchas de las funciones de reglamentación que anteriormente correspondían al nivel central. En este sentido, se sugirió que las principales funciones de los ministerios de salud eran la promoción de la causa y la negociación con los demás interesados directos en cuestiones relacionadas con el agua y el saneamiento.

Se subrayó la importancia de proteger las fuentes de agua y la contribución del agua y el saneamiento a la preservación del ambiente y la diversidad biológica. Se señaló que los ministerios de salud tenían la responsabilidad de hacer patentes las amenazas a la calidad del agua que representaban las operaciones de industrias como la minera, maderera y otras que usaban volúmenes grandes de agua y producían desperdicios capaces de contaminar las masas de agua naturales que servían de fuente única de suministro a poblaciones rurales remotas. Se consideró que este era un campo en el que la OPS podría participar también. Varios delegados señalaron la necesidad de contar con

indicadores que reflejaran no solo la calidad del agua y la cobertura de servicio, sino las repercusiones más amplias del agua y el saneamiento en la salud y el desarrollo.

Se plantearon varias sugerencias en relación con el documento. Se dijo que las secciones introductorias se centraban casi exclusivamente en la inequidad y la pobreza como determinantes de la insuficiencia de agua y servicios de saneamiento y la mala salud, y se propuso que se prestara más atención a otros factores que influyen en la disponibilidad y calidad del agua. El turismo y sus consecuencias en los ecosistemas frágiles de los países insulares pequeños se citó como ejemplo de un factor determinante. También se pensaba que la importancia de la colaboración intersectorial tenía que destacarse más, así como las funciones de otros ministerios, las comunidades y las mujeres. Una delegada señaló que la experiencia de su país al trabajar con poblaciones indígenas en los temas de agua y saneamiento había demostrado que la participación comunitaria y el sentido de responsabilidad de la comunidad eran esenciales para la sostenibilidad. Se recomendó que la Oficina incluyera en la versión revisada del documento información actualizada sobre el progreso del plan de acción para la aplicación de la Carta Panamericana sobre Salud y Ambiente en el Desarrollo Humano Sostenible y sobre la colaboración entre la OPS, el BID y el Banco Mundial en agua y saneamiento dentro del marco de la Agenda Compartida para la salud en las Américas, en el que se estipula la salud ambiental como uno de los cuatro elementos del programa en los que van a colaborar las tres instituciones.

El Dr. Pardón dijo que aunque los conceptos que constituían la base de la Carta Panamericana dominaban el documento, la Carta no se habían mencionado explícitamente. Esa omisión se rectificaría en la próxima versión. Con respecto a la Agenda Compartida, le complacía informar que la OPS estaba trabajando con el BID y el Banco Mundial en la formulación de indicadores y en el campo de la capacitación. Las tres instituciones estaban examinando también la manera de lograr una colaboración más eficaz en materia de agua y saneamiento a nivel de país. Como parte de ese esfuerzo, estaban determinando las mejores prácticas y tratando de evaluar los motivos por los que persistían ciertos problemas a pesar de años de trabajo. En respuesta a la pregunta de un delegado acerca de la Evaluación 2000, la evaluación de la situación regional del agua potable y el saneamiento en las Américas, dijo que tenía entendido que para la evaluación se había recogido información de todos los países de la Región. Los datos nacionales y regionales estaban disponibles en la página web del Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS): www.cepis.ops-oms.org y los informes de la evaluación estarían listos a tiempo para el Consejo Directivo, en septiembre de 2001. La evaluación también había aportado información sobre otros interesados directos en el campo de agua y saneamiento.

El Dr. Juan Antonio Casas (Director, División de Salud y Desarrollo Humano, OPS) explicó que al redactar el documento las dos divisiones habían intentado concentrarse, dentro del tema muy amplio de la salud, el agua potable y el saneamiento en el desarrollo humano sostenible, en lo que consideraron el factor determinante principal de las inequidades en materia de agua y saneamiento, a saber, la pobreza. El número de personas que vivían en la pobreza extrema era muy similar al número de personas sin acceso a saneamiento y agua de buena calidad, y los dos indicadores se correlacionaban indudablemente. No obstante, había que prestar atención a las sugerencias de los delegados. En particular, había que analizar la función de las mujeres y la pregunta de cómo los problemas de agua y saneamiento influían en las inequidades en las mujeres y por razones de género.

El Director dijo que era importante recordar que esas inequidades de por sí inhibían el desarrollo humano sostenible porque limitaban el acceso de los pueblos a los elementos que contribuían a su desarrollo. En lo que se refiere a la función de los ministerios de salud, si bien era verdad que no eran los encargados principalmente del sector de agua y saneamiento, tenían la responsabilidad de abogar por cambios que produjeran mejoras en el campo que era su responsabilidad primordial: la salud. La función de la OPS era equipar a los ministerios con los instrumentos y la base de pruebas que necesitaban para cumplir con sus responsabilidades únicas en el sector de la salud y negociar y abogar por la salud ante los demás sectores, como el de agua, saneamiento y desarrollo humano.

Plan detallado para la próxima generación: Prevención y control del dengue (documento SPP35/7)

El Dr. Jorge Ramón Arias (Asesor Regional en Enfermedades Transmisibles, OPS) empezó su presentación compartiendo datos que demostraban el aumento constante de la incidencia del dengue en las Américas, desde mediados de los años noventa. La preocupación más grande era el aumento de los casos de la forma hemorrágica de la enfermedad. Si no se adoptaban medidas inmediatas, se corría un riesgo grave de que el dengue hemorrágico se convirtiera en una forma tan endémica en las Américas como en Asia, donde algunos países notificaban cientos de miles de casos por año.

El documento esbozaba medidas precisas para prevenir y controlar el dengue en la Región. Sobre todo, hacía falta el compromiso y apoyo políticos a la acción intersectorial, aunados a la inversión de los recursos necesarios. Se sabía por experiencia que el control eficaz del dengue no sería posible sin la acción e intervención intersectoriales para bajar la densidad del vector, el mosquito *Aedes aegypti*; eliminar los criaderos; llevar a cabo el rociamiento apropiado y eficaz con insecticida; descentralizar las actividades de control al nivel local, y asegurar la responsabilización y el apoyo legislativo a las actividades de

lucha contra el dengue. Otro desafío importante era la notificación completa y exacta de casos. El documento contenía la definición de casos que la OPS recomendaba a los países que usaran a fines de la notificación. Por último, la participación comunitaria y la educación y comunicación sanitarias eran indispensables para producir las clases de cambios de comportamiento que reducirían los criaderos de mosquitos y prevendrían la transmisión del virus. En 1999, la OPS había preparado el documento técnico “Plan detallado de acción para la próxima generación: La prevención y el control del dengue”, en el que se ponía el acento en la educación, la comunicación y la participación comunitaria. Asimismo, la Organización estaba preparándose para poner en práctica un conjunto de normas publicadas recientemente para promover la participación comunitaria en la prevención y el control del dengue y el dengue hemorrágico. Ese material y otros relacionados con el dengue estaban disponibles en la página web de la OPS: www.paho.org.

El Subcomité estuvo de acuerdo en que la amenaza del ascenso en las tasas de dengue hemorrágico se debe tomar en serio. Se insistió en que era menester aumentar la conciencia sobre la amenaza del dengue hemorrágico a los niveles políticos más altos. El hecho de que la enfermedad no se hubiera presentado en todos los países podía dar una sensación falsa de seguridad, y había que hacer conscientes a los líderes políticos del peligro que plantea la circulación de los cuatro serotipos del virus en la Región. El Subcomité también apoyó las estrategias de prevención y control descritas en el documento. Se propusieron otras estrategias, sobre todo más intercambio de información y notificación de casos entre países vecinos y la colaboración fronteriza en las actividades de control. Se sugirieron la intensificación de la vigilancia del estado de inmunidad al dengue en la población y la prueba serológica para detectar casos subclínicos como estrategias para predecir los posibles brotes de dengue hemorrágico. Con relación a la última propuesta, se señaló que la existencia de muchos casos subclínicos no detectados podría representar un aumento en las tasas de dengue hemorrágico en algunos países. También se recomendó el uso de la terapia de rehidratación oral en los pacientes con dengue como medio para prevenir el síndrome de choque del dengue.

En vista de las probabilidades de que no se pudiera erradicar *A. aegypti* con los métodos con que se cuenta actualmente, se sugirió que se encontraran estrategias a más largo plazo para reducir la transmisión del virus del dengue, en particular más inversiones en la investigación de una vacuna contra el dengue. Un delegado expresó la inquietud de que la propagación hacia el sur del virus que causó la fiebre del Nilo Occidental en las zonas endémicas de dengue pudiera conducir a problemas con el diagnóstico del dengue, ya que las dos enfermedades compartían algunas características y eran causados por flavivirus afines.

La acción intersectorial, la educación y la participación de la comunidad, así como la movilización de los recursos de los donantes se juzgaron esenciales para las actividades de control del dengue. Varios delegados pusieron el acento en la función básica que desempeña el sector educativo en lo que hace a promover cambios de comportamiento e involucrar a las comunidades en el control de vectores así como investigar métodos de control de vectores más eficaces. Se formularon varias preguntas acerca del progreso de la OPS en movilizar recursos de la Asociación Rotaria Internacional y otros donantes. En ese sentido, se señaló que hay que elaborar indicadores para medir la eficacia de la participación comunitaria y las técnicas de modificación del comportamiento y demostrar a los donantes que sus aportes están surtiendo efecto.

El Dr. Arias estuvo de acuerdo en que no sería posible erradicar *A. aegypti* en el futuro previsible. Sin embargo, la Organización estaba convencida de que se podrían bajar los niveles del vector para que fueran manejables. La OPS estaba promoviendo cambios de comportamiento como medio para lograr ese objetivo y para reducir la transmisión del virus a largo plazo. Aunque el desarrollo de una vacuna sería la solución ideal, los investigadores de vacunas opinaban que faltaban muchos años para que estuviera lista. Entretanto, era necesario emplear estrategias dirigidas a eliminar los criaderos de mosquitos y reducir la infestación de vectores de los hogares mediante la educación y los cambios de comportamiento de la población.

Aunque la prueba serológica en verdad aportaría información útil acerca de los casos subclínicos y la prevalencia de anticuerpos, probablemente no era viable administrar las pruebas a gran escala. Era preferible mejorar los sistemas de notificación, y todos los países deberían notificar los casos clínicos y confirmados. Por ese motivo, la OPS recomendaba el uso de la definición de casos estándar que contenía el documento.

En respuesta a una pregunta de un delegado acerca de la colaboración interna y externa en materia de control del dengue, el Dr. Arias informó que la OPS estaba trabajando con los centros colaboradores de la OMS en Puerto Rico y Cuba, en especial en la elaboración de métodos de educación y comunicación sanitarias. La Organización también estaba negociando un proyecto conjunto con el BID. Dentro de la OPS, la División de Prevención y Control de Enfermedades estaba colaborando con otras divisiones y con el Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS). A nivel de país, la Organización estaba trabajando con organizaciones como los “ecoclubes” de la Argentina, mediante los cuales los jóvenes estaban participando en actividades ambientales destinadas a ampliar el control del dengue.

El Director agregó que la idea detrás del enfoque de la OPS era que el control del dengue era sinónimo básicamente de atención ambiental primaria y que una de las maneras más eficaces de promover los comportamientos que reducirían el dengue era

sembrar la idea del buen comportamiento ambiental en los niños y las mujeres. Por consiguiente, las divisiones de Prevención y Control de Enfermedades, y de Ambiente y Salud estaban trabajando por medio de clubes, escuelas y otros grupos e instituciones comunitarios para conseguir que los niños y sus familias participaran, vaciando reservorios de agua y eliminando otros posibles criaderos. De ser apoyado por los líderes políticos, ese método produciría resultados importantes y sostenibles. No obstante, para que las estrategias de control del dengue descritas en el documento surtieran efecto, todos los países —incluso aquellos en los cuales el dengue no es actualmente un problema grave— deben participar. Uno de los fracasos de los proyectos anteriores para controlar el vector había sido la falta de participación del conjunto de países.

En cuanto a la movilización de recursos, la Organización había acudido a la Asociación Rotaria Internacional con la idea de adoptar el dengue como tema para el apoyo mundial de los Rotatorios. No se ha logrado mucho hasta la fecha, pero algunos miembros habían dicho que era posible que la Organización estuviera dispuesta a dirigir su atención hacia el dengue después de que se hubiera erradicado la poliomielitis. La OPS vio con agrado que el Gobierno de Canadá hubiera hecho recientemente un aporte sustancial de recursos para la prevención y el control de diversas enfermedades transmisibles, incluido el dengue. Esperaba que otros países emularan el ejemplo de Canadá en el espíritu de la Cumbre de las Américas, que había hecho hincapié en la necesidad de que los países colaboraran para combatir las enfermedades transmisibles.

Promoción de la salud (documento SPP35/9)

La Dra. María Teresa Cerqueira (Directora, División de Promoción y Protección de la Salud, OPS) recordó que el movimiento actual de la promoción de la salud había sido resultado del Informe Lalonde, publicado por Salud Canadá en 1974 y la adopción posterior de la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud por la Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, en 1986. La Carta había identificado cinco elementos fundamentales para la promoción de la salud: creación de entornos propicios, políticas públicas favorables a la salud, empoderamiento de las comunidades, desarrollo de aptitudes para la vida personal y reorientación de los servicios sanitarios hacia la promoción de la salud. Desde entonces, se había comprobado la eficacia de esas cinco estrategias. No obstante, pocos países habían invertido sustancialmente en la promoción de la salud. La OPS estaba ayudando a los países a que fortalecieran su capacidad para conceder a esta una prioridad alta en sus programas políticos, implantaran estrategias de promoción de la salud, planificaran y evaluaran medidas de promoción de la salud y facilitaran los recursos y la infraestructura necesarios.

El documento exponía los resultados principales de la Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud (México, 2000), en la cual los países de las Américas

se habían comprometido a fortalecer la planificación de la promoción de la salud para la acción; el progreso logrado hasta la fecha y las enseñanzas aprendidas de las iniciativas de promoción de la salud en diversos países de la Región; y las líneas principales de cooperación técnica de la OPS en esta materia. El documento también describía la estructura de la División de Promoción y Protección de la Salud y la manera en la cual estaba integrando las esferas técnicas administradas por sus diversos programas y centros con las estrategias de promoción de la salud a fin de mejorar el apoyo de los países para poner en práctica esas estrategias e incorporarlas en sus propias prioridades de salud de la familia y la población, la alimentación y la nutrición, y la salud mental.

El Subcomité aplaudió el compromiso de muchos años de la OPS con la integración de la promoción de la salud en sus políticas y programas. Se señaló que prácticamente cada programa considerado por el Subcomité en la 35.^a sesión estaba beneficiándose de la aplicación de los principios básicos de la promoción de la salud. Diversos delegados compartieron información sobre las iniciativas de promoción de la salud en marcha en sus países o subregiones. En particular, la Estrategia de Cooperación para la Salud en el Caribe —en la que se estaban aplicando estrategias de promoción de la salud a ocho campos sanitarios prioritarios— se citó como ejemplo de la clase de enfoque integrado que se describía en el documento. El Subcomité subrayó la necesidad de que los países colaboren e intercambien continuamente información sobre mejores prácticas para impulsar las actividades de promoción de la salud en la Región.

Se hizo hincapié en la necesidad de la colaboración intersectorial, especialmente con el sector educativo. Varios delegados señalaron que, para ser más eficaz, la promoción de la salud se debe combinar con medidas políticas, económicas y reglamentarias. Como se había indicado durante el debate sobre el control del consumo de tabaco, por ejemplo, las iniciativas de promoción de la salud encaminadas a producir cambios de comportamiento se debían complementar con las prohibiciones a la publicidad del tabaco y otras medidas para lograr más ganancias de salud. No obstante, se subrayó que el sector sanitario debe seguir desempeñando el papel de protagonista en las actividades de promoción de la salud.

Se hicieron varias sugerencias concretas sobre cooperación técnica de la OPS en materia de promoción de la salud. Se señaló que la Organización había alcanzado una pericia considerable en el uso del mercadeo y las comunicaciones sociales para la promoción de la salud y podría ayudar a los países a mejorar su capacidad en ese campo integrando profesionales de mercadeo y comunicaciones a los equipos de salud. Otra manera en la cual la Organización podría ayudar a los países era en la investigación, evaluación y elaboración de indicadores para construir una base de pruebas que demuestre las consecuencias de las actividades de promoción de la salud en el mejoramiento de la salud y en resultados sociales. A este respecto, se sugirió que el

documento se podría mejorar agregándole determinados resultados deseados de las estrategias propuestas. También se le pidió a la OPS que ayudara a los países a que encontraran maneras creativas y eficaces en función de los costos de cumplir con los compromisos adquiridos en la Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud.

Por último, el Delegado de Uruguay, el país anfitrión del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP), reiteró el apoyo de su país al Centro, que forma parte de la División de Promoción y Protección de la Salud.

La Dra. Cerqueira agradeció a los delegados que hubieran compartido información sobre las iniciativas de promoción de la salud que habían tenido éxito en sus países. La OPS estaba muy interesada en seguir construyendo un archivo de enseñanzas aprendidas, estudios de casos y mejores prácticas para enriquecer los conocimientos y la base de información en todos los países. La investigación y la evaluación eran esenciales, como había observado el Subcomité. Se precisaban un marco y una metodología con los cuales evaluar la rica diversidad de las experiencias de la Región y rescatar las pruebas necesarias para demostrar la eficacia de las actividades de promoción de la salud. La División trataría de elaborar indicadores cuantitativos y cualitativos que permitieran a los países medir las consecuencias de la promoción de la salud. También incorporaría en el documento resultados concretos para cada estrategia.

El Director expresó el agradecimiento de la Organización a Uruguay por su apoyo al Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. Señaló que, como la salud mental, el campo de la promoción de la salud era sumamente amplio. La División de Promoción y Protección de la Salud estaba tratando de reducir el alcance y el foco de su acción, cerciorándose de que las estrategias esenciales de promoción de la salud se aplicaran en los tres campos programáticos a su cargo. Aunque trabajaría con otras divisiones para incorporar métodos de promoción de la salud en otros aspectos de la cooperación técnica de la Organización, los intereses de la labor de la División serían: 1) los espacios en los que se aplicarían las estrategias, 2) la aplicación de las estrategias en determinadas áreas temáticas para demostrar su pertinencia en la vida real, y 3) las repercusiones de su aplicación en ciertas esferas para rendir determinados resultados. Por lo tanto, trataría de demostrar que se pueden aplicar las estrategias básicas de promoción de la salud, por ejemplo, al formular políticas públicas saludables en cuanto al control del consumo de tabaco; que las estrategias podrían aplicarse en ciertos espacios, como las escuelas; y que su aplicación conduciría a mejores resultados de salud. Estaba seguro de que este método focalizado sería beneficioso para la promoción de la salud en general y para los países en particular.

Otros asuntos

El Director explicó que la Oficina había considerado aconsejable poner al SPP al corriente de varios asuntos de interés para los profesionales de la salud pública en la Región. Aunque no se había preparado ningún documento formal para casi ninguno de estos temas de información, estaba abierto a la posibilidad de preparar documentación y remitir los temas al Comité Ejecutivo si los Miembros lo creían conveniente. Se presentaron informes verbales breves de los siguientes temas:

Reglamento Sanitario Internacional (documento SPP35/INF/1)

El Dr. Marlo Libel (Asesor Regional en Enfermedades Transmisibles, OPS) esbozó los cambios en la situación sanitaria mundial que habían impulsado una revisión del Reglamento Sanitario Internacional, adoptado en 1969, y resumió las disposiciones principales del reglamento revisado que actualmente se están distribuyendo para que las estudien los Estados Miembros, organismos internacionales y otros interesados directos. El documento preparado por la Oficina sobre el tema contenía información más detallada.

El Subcomité recomendó que también se le presentara al Comité Ejecutivo en junio un informe sobre el Reglamento Sanitario Internacional. Al Dr. Libel se le pidió que explicara las consecuencias que podría tener la revisión del Reglamento Sanitario Internacional en el Código Sanitario Panamericano y que ahondara el examen de la notificación “en tiempo real” y el método de evaluación rápida a que había aludido en su presentación. Se insistió en que había que consultar constantemente con los países durante el proceso de revisión.

El Dr. Libel contestó que la revisión del Reglamento Sanitario Internacional no influiría ni entraría en conflicto con el Código Sanitario Panamericano de ninguna manera. El Reglamento se dirigía específicamente al control de enfermedades transmisibles, mientras que el alcance del Código era mucho más amplio. La idea de la notificación confidencial era que la información acerca de los eventos de salud de posible importancia internacional se comunicarían a la OMS en las etapas más tempranas posibles por medio de sus oficinas de país, lo cual desencadenaría un proceso de consulta e investigación que también incluiría a los centros colaboradores de la OMS. El objetivo era proporcionar a los países la capacidad epidemiológica y de laboratorio necesaria para que pudieran evaluar rápidamente la situación y determinar si entrañaba un riesgo para la salud internacional.

El Director señaló que uno de los inconvenientes de la comunicación instantánea por Internet era que se podrían difundir rápidamente rumores sobre brotes de enfermedades. Era importante tener un mecanismo de notificación confidencial para acallar tales rumores y conservar la confianza de los países, y también era esencial formar la capacidad de respuesta y evaluación rápida a nivel de país. Reiteró que, para que el Reglamento Sanitario Internacional funcione, los países y la OMS deben colaborar.

Se acordó que este tema se remitiría al Comité Ejecutivo.

Plan Estratégico para la Organización Panamericana de la Salud para el período 2003-2007

La Dra. Karen Sealey (Jefa, Oficina de Análisis y Planificación Estratégica, OPS) presentó un resumen del proceso de planificación estratégica que conduciría a la formulación de las orientaciones estratégicas y programáticas (OEP) de la Organización para 2003-2007. Empezó con algunos antecedentes de la planificación estratégica de la OPS y luego resumió los resultados del análisis de los procesos de planificación actuales que informarían sobre la preparación del plan para el próximo período. El análisis había revelado varias diferencias para el próximo Plan Estratégico a saber: la formulación de objetivos cuantificables para seguir el desempeño y el progreso; la vigilancia continua de la concordancia de los programas bienales con el Plan Estratégico, con el reajuste rápido y apropiado de los programas cuando se justifique; y el uso de instrumentos de previsión que le permitan a la Oficina formular y probar políticas y estrategias para el futuro.

La Oficina realizaría una evaluación de la Organización y también comenzaría el análisis del ambiente externo, los interesados directos y los mandatos que guiarían la formulación del Plan Estratégico para 2003-2007. Los resultados de esos ejercicios se utilizarían para determinar los principales temas estratégicos para el próximo período y para establecer objetivos estratégicos y medidas de desempeño. Una versión preliminar del Plan Estratégico se presentaría al Subcomité en su 36.^a sesión, en marzo de 2002, y se remitiría al Comité Ejecutivo después de la revisión, en junio de ese año. La versión final sería examinada por la Conferencia Sanitaria Panamericana en septiembre de 2002.

Los Miembros recibieron con beneplácito la oportunidad de involucrarse desde las primeras etapas de la planificación estratégica durante el próximo período y recomendaron que se prepare un documento sobre el tema para las deliberaciones del Comité Ejecutivo. Se alentó a la Oficina a que siguiera promoviendo la participación de todos los niveles de la Organización en la formulación del Plan Estratégico.

La Dra. Sealey dijo que examinaría con el Director la posibilidad de agregar una presentación y un documento sobre el proceso de planificación estratégica al orden del día del Comité Ejecutivo. La otra posibilidad era celebrar un taller de medio día inmediatamente antes de la sesión del Comité de junio de 2001 para recoger más opiniones de los ministros de salud y otros funcionarios nacionales. Se avaló esta última idea.

Preparativos para el centenario de la Organización Panamericana de la Salud

La Sra. Bryna Brennan (Jefa, Oficina de Información Pública, OPS) puso al corriente al Subcomité acerca de los planes para celebrar el centenario de la Organización en 2002. El documento CE126/20, que se le presentó al Comité Ejecutivo en junio de 2000, contiene información sobre las actividades planificadas. Se animó a los Estados Miembros a que siguieran proponiendo candidatos a “Paladines de la salud” y “Héroes de la salud pública”.

Brote de poliomielitis en La Española

El Dr. Ciro de Quadros (Director, División de Vacunas e Inmunización, OPS) informó sobre un brote de poliomielitis detectado en la República Dominicana y Haití en 2000 y las medidas adoptadas posteriormente para controlar el brote y prevenir casos futuros. Los estudios habían revelado que las causas de los casos habían sido cepas de vacunas, no el poliovirus salvaje. El Dr. de Quadros subrayó la necesidad de continuar con niveles altos de vacunación de poliovirus oral y vigilancia de la parálisis flácida aguda en todos los países.

Fiebre aftosa

El Dr. Albino Belotto (Asesor Regional en Salud Pública Veterinaria, OPS) presentó información sobre la situación de la fiebre aftosa en la Región, las estrategias de control y prevención en práctica en las Américas, y las implicaciones de los brotes recientes de la enfermedad en Europa. Era previsible que la reunión de la Comisión Sudamericana para la Lucha contra la Fiebre Aftosa (COSALFA) que se estaba celebrando en las mismas fechas que la sesión del Subcomité, produjera recomendaciones actualizadas para el fortalecimiento del control de la fiebre aftosa y la protección de la Región contra los casos importados.

El Dr. Stephen Corber (Director, División de Prevención y Control de Enfermedades, OPS) subrayó que los países de la Región merecían un reconocimiento por el extraordinario progreso logrado en la erradicación de la fiebre aftosa. No obstante, la experiencia en Europa mostraba cuan rápidamente podía cambiar la situación e insistió

en la necesidad de redoblar la vigilancia. La Organización también debía continuar trabajando para mejorar la cooperación técnica y proporcionar a los países información y servicios más actualizados.

El Subcomité hizo hincapié en la transparencia, la notificación rápida de cualquier caso detectado y la colaboración entre los países para poder contener los brotes recientes en la Región, comprobar la propagación de la enfermedad y mitigar las consecuencias económicas de la enfermedad. Recomendaba que este tema se remitiera al Comité Ejecutivo.

El Director dijo que el Comité Ejecutivo trataría el tema de la fiebre aftosa cuando examinara el informe de la XII Reunión Interamericana a Nivel Ministerial en Salud y Agricultura (RIMSA XII), que se celebraría a principios de mayo de 2001. También señaló que los casos recientes habían ilustrado la importancia del Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA). Tenía la esperanza de que los Estados Miembros estuvieran de acuerdo en asignar recursos suficientes al Centro para que pudiera implantar un método preventivo de control de la fiebre aftosa en la Región.

Encefalopatía espongiforme bovina (EEB)

El Dr. Corber proporcionó información general acerca de las encefalopatías espongiformes transmisibles, incluida la EEB, y las estadísticas sobre el número de casos de EEB en ganado bovino y la variante de la afección en seres humanos, la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, en Europa desde 1994. Hizo hincapié en que no se había detectado ningún caso autóctono de EEB en la Región de las Américas. La consulta de expertos de la OPS/OMS en EEB, programada para el período del 9 al 11 de abril de 2001 en Montevideo, Uruguay, ofrecería a los países la oportunidad de obtener la información técnica y científica más reciente para formular políticas de EEB con fundamento científico. Además, el Director General de la Oficina Internacional de Epizootias (OIE) haría una presentación a la RIMSA XII sobre la situación actual de la EEB. La Organización recomendaba que los países aplicaran las disposiciones del Código Zoonosanitario de la OIE sobre importación y exportación de alimentos de origen animal. La OPS con gusto informaría a los países sobre la interpretación y aplicación de esas disposiciones.

Durante las deliberaciones del Subcomité, un delegado preguntó acerca de los criterios para establecer políticas sobre productos que contenían subproductos animales que pudieran entrañar riesgos a los seres humanos, incluidos algunos medicamentos, vacunas, cosméticos, derivados sanguíneos y leches maternizadas.

El Dr. Corber respondió que las normas de la OIE especificaban las clases de productos que se consideraban inocuos. Los priones que causaban la EEB tendían a concentrarse en ciertos tejidos (encéfalo, médula espinal, timo, amígdalas, bazo e intestinos) y los productos que contenían esos tejidos entrañaban más riesgos. En general, la gelatina y los productos lácteos se consideraban inocuos. Teniendo en cuenta la preocupación acerca de los riesgos de transmisión de los priones por la sangre y los productos sanguíneos, algunos países habían prohibido las donaciones de sangre de las personas que habían viajado o vivido en zonas de riesgo. Los riesgos relacionados con las transfusión de sangre se analizarían en la consulta de Uruguay, así como los riesgos que planteaban otros productos de origen animal.

El Director señaló que la experiencia de Europa había demostrado indudablemente que los ministerios de salud tenían que estar preparados para analizar los riesgos a fin de proporcionar información exacta y recomendar las medidas apropiadas. El interés principal del trabajo de la Organización con relación a la EEB, por consiguiente, era mejorar la capacidad de los ministerios de analizar y manejar los riesgos.

Reparación y reconstrucción del sistema de salud en El Salvador

La Dra. Lidia Eugenia Orellana de Nieto (El Salvador) informó al Subcomité de los daños que sufrió el sistema de salud en su país como consecuencia de dos terremotos intensos, en enero y febrero de 2001, y delineó las características principales del programa para la reparación y reconstrucción del sistema. Con el programa, la infraestructura de atención de salud se reconstruiría o rehabilitaría en los tres niveles de la atención con miras a reducir la vulnerabilidad y fortalecer el sistema sanitario del país a largo plazo. El programa de reconstrucción apoyaría el proceso de la reforma sanitaria general en marcha en El Salvador, que procuraba crear redes interconectadas de servicios y maximizar la capacidad los establecimientos sanitarios del primer y el segundo nivel de atender los problemas de salud detectados en sus zonas geográficas respectivas y de evitar sobrecargar los establecimientos del tercer nivel con pacientes que podrían ser tratados a otros niveles.

Aunque el período que siguió a los terremotos había sido difícil y doloroso, se habían aprendido enseñanzas valiosas que ayudarían al país a prepararse para las consecuencias de los desastres naturales futuros en el sistema asistencial y a mitigarlas. Es más, había obligado a una reasignación de prioridades de las funciones esenciales de salud pública que quizás habían sido descuidadas en alguna medida antes de los terremotos.

El Director dijo que había sido testigo de los daños inmensos de los terremotos y que pensaba que los trabajadores de salud de El Salvador merecían profundos elogios por

haber logrado evitar brotes graves de enfermedades infecciosas después de los desastres y por seguir atendiendo las necesidades sanitarias de la población en condiciones sumamente difíciles.

Clausura de la sesión

El Director expresó su gratitud al Presidente por su dedicación a lograr una participación amplia en las deliberaciones. El grado en que los participantes se habían preparado para la sesión y sus reflexiones llenaban de satisfacción a muchos funcionarios que habían pasado largas horas preparando los documentos.

Refiriéndose a la Cumbre de las Américas, que se celebraría en Canadá, en abril, el Presidente observó que, aunque los medios de comunicación social se habían concentrado principalmente en el comercio, la OPS había trabajado mucho para cerciorarse de que se destacaran las preocupaciones en materia de salud en el orden del día. Alentó a los participantes a que se propusieran dirigir la atención de sus países hacia los beneficios en que podría redundar la Cumbre para la salud en la Región. Luego agradeció a los participantes sus contribuciones a las deliberaciones del Subcomité y declaró clausurada la 35.^a sesión.

Anexos

ORDEN DEL DÍA

1. Apertura de la sesión
2. Elección para la Presidencia, la Vicepresidencia y la Relatoría
3. Adopción del orden del día y del programa de reuniones
4. Proyecto de presupuesto por programas de la Organización Panamericana de la Salud para el ejercicio financiero 2002-2003
5. Gestión de recursos humanos en el sector de la salud
6. Salud y desarrollo humano sostenible
7. Revisión del proceso para lograr una representación equitativa de los Estados Miembros en los Cuerpos Directivos de la Organización Panamericana de la Salud (*punto retirado a solicitud del Gobierno de Venezuela*)
8. Control del dengue
9. Convenio Marco para la Lucha Antitabáquica
10. Promoción de la salud
11. Salud mental
12. Otros asuntos

LISTA DE DOCUMENTOS

Documentos de trabajo

SPP35/1, Rev. 1 y	Adopción del orden del día y del programa de reuniones
SPP35/2	Lista de participantes
SPP35/3	Proyecto de presupuesto por programas de la Organización Panamericana de la Salud para el ejercicio financiero 2002-2003
SPP35/4	Gestión de recursos humanos en el sector de la salud
SPP35/5	Salud y desarrollo humano sostenible
SPP35/7	Control del dengue
SPP35/8 y Corr.	Convenio Marco para la Lucha Antitabáquica
SPP35/9	Promoción de la salud
SPP35/10	Salud mental

Documentos de información

SPP35/INF/1	Revisión del Reglamento Sanitario Internacional: informe sobre los progresos realizados
	Informes sobre:
	- Plan Estratégico para la Organización Panamericana de la Salud para el período 2003-2007
	- Preparativos para el centenario de la Organización Panamericana de la Salud
	- Brote de poliomielitis en La Española
	- Fiebre aftosa
	- Encefalopatía espongiforme bovina (EEB)

**LIST OF PARTICIPANTS
LISTA DE PARTICIPANTES**

**Members
Miembros**

**Brazil
Brasil**

Dr. João Yunes
Professor da Faculdade de Saúde Pública
da Universidade de São Paulo
São Paulo

Sra. Mônica Mulser Parada Toscano
Assessora AISA
Divisão de Temas Multilaterais
Ministério da Saúde
Brasília

Sr. Paulo R.A. Alvarenga
Primeiro Secretário, Missão Permanente
do Brasil junto à Organização dos Estados Americanos
Washington, D.C.

**Canada
Canadá**

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

Ms. Danièle Testelin
Senior Program Manager
Multilateral Branch, C.I.D.A.
Ottawa

Members *(cont.)*
Miembros *(cont.)*

Cuba

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

Lic. Enrique Miguel Comendeiro Hernández
Director, Relaciones Internacionales
Ministerio de Salud Pública
La Habana

Lic. Arelys Santana Bello
Federación de Mujeres Cubanas
La Habana

El Salvador

Dra. Lidia Eugenia Orellana de Nieto
Directora de Planificación
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
San Salvador

Guyana

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

Members *(cont.)*
Miembros *(cont.)*

United States of America
Estados Unidos de América

Dr. Thomas Novotny
Deputy Assistant Secretary for International
and Refugee Health
Department of Health and Human Services
Rockville, MD

Ms. Mary Lou Valdez
Associate Director for Multilateral Affairs
Office of International and Refugee Health
Department of Health and Human Services
Rockville, MD

Capt. Michael Lyman
Senior International Health Officer
Office of International and Refugee Health
Department of Health and Human Services
Rockville, MD

Ms. Ann Blackwood
Director for Health Programs
Office of UN Technical Specialized Agencies
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

Mr. Thomas Cooney
Foreign Affairs Officer
Office of UN Technical Specialized Agencies
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

Members *(cont.)*
Miembros *(cont.)*

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

Ms. Lisa Jacobson
Program Analyst, Office of UN System Administration
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

Uruguay

Dr. Eduardo Touyá
Director General de Salud
Ministerio de Salud Pública
Montevideo

Venezuela

Lic. Thaís Villamizar
Coordinadora, Programa Tabaco o Salud
Ministerio de Salud y Desarrollo Social
Caracas

Observer States
Estados Observadores

Antigua and Barbuda
Antigua y Barbuda

Sen. Sam Aymer
Advisor to the Minister of Health
Ministry of Health and Improvement
St. John's

France
Francia

Mme. Marie-Anne Courrian
Observatrice permanente adjointe de
la France auprès de l'OEA
Washington, D.C.

Dr. Michel Lavollay
Conseiller pour les Affaires sociales
Ambassade de France
Washington, D.C.

Mexico
México

Lic. Hilda Dávila Chávez
Directora para la América
Secretaría de Salud
México, D.F.

Nicaragua

Dra. Janett Vásquez
Asesora Ministerial
Ministerio de Salud
Managua

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

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

Sir George Alleyne
Director

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

Dr. David Brandling-Bennett
Deputy Director
Director Adjunto

Dr. Mirta Roses Periago
Assistant Director
Subdirectora

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

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

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

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

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

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

Advisors to the Director (cont.)

Asesores del Director (cont.)

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

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

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

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

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

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

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

Dr. German Perdomo
Senior Policy Adviser
Asesor Principal de Políticas

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

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

Legal Counsel
Asesora Jurídica

Dr. Heidi V. Jiménez

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

Dr. Richard P. Marks

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

Ms. Janice A. Barahona