

**INFORME FINAL**



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD  
COMITÉ EJECUTIVO DEL CONSEJO DIRECTIVO

27.ª REUNIÓN DEL SUBCOMITÉ DE PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN

*Washington, D.C., 4 al 6 de diciembre de 1996*

---

SPP27/FR (Esp.)  
5 diciembre 1996  
ORIGINAL: INGLÉS

PAHO  
COLL  
SPP/27  
ES

**I N F O R M E      F I N A L**

## ÍNDICE

	<i>Página</i>
Autoridades . . . . .	3
Apertura de la reunión . . . . .	3
Adopción del programa de temas y del programa de sesiones . . . . .	3
Presentación y debate de los temas . . . . .	4
Evaluación del Programa de Salud Pública Veterinaria (HCV) . . . . .	4
Salud de los adolescentes . . . . .	8
Evaluación de la cooperación técnica de la OPS en Panamá . . . . .	12
La rectoría de los ministerios de salud en la reforma del sector . . . . .	13
Salud oral . . . . .	17
Datos básicos . . . . .	19
Misión, visión y funciones de la Organización Mundial de la Salud y reforma de su Constitución . . . . .	21
Nutrición . . . . .	24
Otros asuntos . . . . .	26
Anexo A: Programa de temas	
Anexo B: Lista de documentos	
Anexo C: Lista de participantes	

## INFORME FINAL

La 27.ª Reunión del Subcomité de Planificación y Programación del Comité Ejecutivo se celebró en la Sede de la Organización Panamericana de la Salud, en Washington, D.C., el 4 y 5 de diciembre de 1996.

La reunión contó con la asistencia de los representantes de los siguientes miembros del Subcomité, elegidos por el Comité Ejecutivo: Bahamas, Colombia, El Salvador y Panamá, y de los siguientes miembros designados por el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana: Argentina, Canadá, Chile y los Estados Unidos de América. Los representantes del Brasil, Cuba y Francia asistieron como observadores.

### AUTORIDADES

El Subcomité eligió las siguientes autoridades:

<i>Presidenta:</i>	Panamá	Dra. Aída Moreno de Rivera
<i>Vicepresidente:</i>	Chile	Dr. Fernando Muñoz Porras
<i>Relatora:</i>	Bahamas	Sra. Hannah Gray

La Argentina, representada por el Dr. Argentino Luis Pico, fue elegida Vicepresidente pro tempore de la reunión cuando el Representante de Chile se vio obligado a regresar a su país para atender un asunto urgente. El Dr. George Alleyne, Director de la OSP, actuó como Secretario ex officio de la reunión y el Dr. Juan Manuel Sotelo, Jefe de la Oficina de Análisis y Planificación Estratégica (DAP), como Secretario Técnico.

### APERTURA DE LA REUNIÓN

El Director inauguró la reunión y dio la bienvenida a los participantes. Señaló que una función importante del Subcomité era la de opinar sobre temas de política de interés para la Organización e instó a los representantes a exponer los puntos de vista de sus países sobre los diversos asuntos de política que se tratarían durante la reunión. Para evitar recargar al Consejo Directivo con un gran número de temas técnicos, alentó al Subcomité a recomendar que algunos temas no se enviaran al Comité Ejecutivo ni al Consejo si los miembros consideraban que los temas se habían tratado en grado suficiente y las implicaciones de política se habían dilucidado ampliamente dentro del Subcomité.

## **ADOPCIÓN DEL PROGRAMA DE TEMAS Y DEL PROGRAMA DE SESIONES** (Documentos SPP27/1, Rev. 1 y SPP27/WP/1)

De conformidad con el Artículo 10 del Reglamento Interno, el Subcomité adoptó el programa de temas y el programa de sesiones.

### **PRESENTACIÓN Y DEBATE DE LOS TEMAS**

#### **Evaluación del Programa de Salud Pública Veterinaria (HCV) (documento SPP27/4)**

Este tema fue presentado por el Director, quien recordó que, en la 26.ª Reunión del Subcomité en abril de 1996, había presentado varias opciones para hacer frente a la situación financiera de la Organización. Una de ellas había sido la de examinar los Programas Regionales de Salud Pública Veterinaria y de Salud Ambiental con miras a determinar qué actividades programáticas debían continuar y si alguno de los componentes debía eliminarse o modificarse. En consecuencia, había convocado un grupo asesor externo, presidido por el Dr. Jaime Sepúlveda, Director General del Instituto Nacional de Salud Pública (México), para llevar a cabo la evaluación del Programa de Salud Pública Veterinaria.

El Dr. Lester Crawford, Director Ejecutivo de la Asociación de Facultades Estadounidenses de Medicina Veterinaria y un miembro del grupo asesor redactaron el informe de éste. Las atribuciones del estudio fueron: 1) evaluar el programa de cooperación técnica de la OPS en materia de salud pública veterinaria; 2) determinar la índole y el alcance de dicha cooperación, y 3) asesorar y formular recomendaciones al Director con respecto a la magnitud de la participación futura de la OPS en la salud pública veterinaria. El grupo asesor orientó sus esfuerzos principalmente hacia la evaluación de la eficacia del Programa de Salud Pública Veterinaria en el pasado y formuló recomendaciones sobre cómo podría contribuir más dicho programa a la mejora de la salud pública en el futuro. El estudio incluyó, entre otras cosas, un examen de los mandatos de los Cuerpos Directivos de la OPS y la OMS con relación a la salud pública veterinaria, la determinación de las áreas prioritarias para el trabajo de la OPS en el campo de la salud pública veterinaria y una revisión de sus actividades actuales de cooperación técnica en esta esfera, visitas al Instituto Panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis (INPPAZ) y al Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA), así como reuniones con ministros de salud, de agricultura y ganadería y con directores de las organizaciones internacionales y regionales que tienen que ver con la sanidad animal en las Américas.

El grupo de consulta encontró mucho apoyo para el Programa de Salud Pública Veterinaria entre los ministros de salud y de agricultura y ganadería de la Región. En vista de las contribuciones significativas hechas por el Programa para mejorar la calidad

de vida en las Américas —tanto en términos económicos como desde el punto de vista de la salud pública— el grupo consideró que su mandato no debía limitarse, ni debería reducirse su personal por debajo de un nivel que pusiera en peligro la eficacia del Programa.

Aún así, el grupo asesor recomendó que se hicieran varias modificaciones en la forma en que funciona el Programa. Una de las recomendaciones fue la de que el INPPAZ debería centrarse en las enfermedades transmitidas por los alimentos, mientras que el PANAFOTSA debería concentrarse en la sanidad animal y las zoonosis que no son entéricas. Al esbozar con claridad el ámbito de acción de los dos centros se evitaría la repetición de funciones. Además, en vista de la importancia creciente del tema de las enfermedades transmitidas por los alimentos en el contexto del comercio internacional, y de la aparición de varios nuevos agentes patógenos transmitidos por los alimentos, era esencial tener en la Región un centro de inocuidad de los alimentos bien consolidado para prestar servicios de referencia técnica y adiestramiento, especialmente en el sistema de análisis de peligros en puntos críticos de control (APPCC). El grupo asesor consideró que el INPPAZ debía ocuparse no solo de los productos alimentarios de origen animal, sino también de productos de otro origen, como los cereales, las frutas y las hortalizas, que habían ocasionado varios brotes recientes de enfermedades transmitidas por los alimentos. En vista del éxito del PANAFOTSA en materia de control y erradicación de las enfermedades de los animales, especialmente de la fiebre aftosa, el Centro debería dedicarse a combatir estas enfermedades y, a medida que se vayan erradicando, reorientar sus esfuerzos para prevenir su reaparición en la Región. También debería formular estrategias para prevenir la introducción de las nuevas enfermedades de origen animal, como la encefalopatía espongiiforme bovina, en las Américas.

Otras recomendaciones del grupo asesor fueron el inicio de un proceso de planificación estratégica para orientar la acción de la Organización en materia de salud pública veterinaria con el apoyo de profesionales expertos en el campo; el establecimiento de prioridades y estrategias, así como seguimiento de la gestión del HCV a nivel regional, con la colaboración de foros regionales de representantes de los sectores público y privado en los países; la formulación de un plan de acción de conformidad con las prioridades estratégicas señaladas en el informe del grupo; la selección de ciertas enfermedades —incluidas la fiebre aftosa, la brucelosis, la enfermedad hidatídica y la rabia canina— para erradicación; el establecimiento de prioridades de investigación y elaboración de un programa unificado de investigación en salud pública veterinaria, y la reubicación de la mayoría del personal de HCV de la Sede de la OPS a los centros para utilizar mejor su experiencia y sus conocimientos en el campo, donde son muy necesarios. El grupo asesor recomendó además que no se modifique el presupuesto del Programa sin efectuar antes un análisis exhaustivo y que las contribuciones presupuestarias de país destinadas especialmente al HCV se utilicen exclusivamente para esa finalidad.

El Dr. Crawford señaló que los resultados esperados de la aplicación de las recomendaciones del grupo podrían resumirse en una palabra: eficiencia. El Programa en conjunto sería más eficiente, lo que resultaría no solo en ahorro de recursos sino en el aumento de la calidad de sus servicios y el mejoramiento de la salud y de la inocuidad de los alimentos en la Región.

A solicitud del Director, el Dr. Primo Arámbulo, Coordinador del Programa de Salud Pública Veterinaria, presentó varias transparencias que ilustraban el trabajo del Programa en materia de inocuidad de los alimentos. Recalcó que una de las inquietudes principales en este terreno era la investigación de brotes para determinar sus causas y prevenir brotes futuros. Con ese fin, en 1995 la Organización implantó un sistema regional para la vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmitidas por los alimentos, y el INPPAZ impartió adiestramiento a los puntos focales de los países para lograr que el sistema funcionara eficazmente en toda la Región.

Cuando se debatió este tema en el Subcomité, varios representantes recalcaron la importancia de la sanidad animal y de la inocuidad de los alimentos para el bienestar económico de los países, en vista de la estrecha relación entre la salud animal y la humana. En consecuencia, el Subcomité recibió con beneplácito el enfoque holístico y previsor en relación con la salud pública veterinaria reflejado en el informe y las recomendaciones del grupo asesor. En cuanto a recomendaciones concretas, en general los representantes consideraban que era aconsejable establecer una división más clara de las funciones del INPPAZ y el PANAFTOSA; sin embargo, recalcaron que toda modificación de las actividades de los dos centros debería hacerse gradualmente y que no debería haber una separación absoluta de las funciones para evitar crear brechas en la prestación de los servicios esenciales. El Subcomité apoyó también la recomendación de trasladar al personal profesional del Programa a los centros. Se hicieron varias preguntas relativas a qué personal sería reubicado y qué medidas estaban tomándose para abordar los problemas del personal del INPPAZ, en particular la vacante en el puesto de director. También se hicieron preguntas en cuanto a la repercusión de los cambios propuestos sobre el presupuesto, considerando la mayor eficiencia que se esperaba resultaría de esos cambios. En cuanto a las recomendaciones relativas a la investigación, varios representantes preguntaron cómo pueden ponerse en práctica, dado que ninguno de los centros tiene una capacidad de investigación bien desarrollada.

El Subcomité estuvo de plenamente acuerdo con la necesidad de desplazar el centro de las actividades de PANAFTOSA hacia la prevención, para así evitar la introducción de nuevas enfermedades animales y prevenir la reintroducción de las enfermedades que se habían erradicado. En este sentido, se recalcó la importancia de un proceso de planificación estratégica. En lo que se refiere al INPPAZ, varios representantes señalaron que el Instituto tenía que desempeñar un papel crucial en la adaptación de las normas internacionales de inocuidad de los alimentos para dar cabida

a las necesidades y las condiciones propias de la Región. Se recalcó que una función importante de ambos centros era la de suministrar información pública exacta sobre inocuidad de los alimentos y problemas de sanidad animal.

Respondiendo a las preguntas en cuanto a las actividades de investigación, el Dr. Crawford señaló que la función principal de los dos centros no era, en realidad, llevar a cabo la investigación sino identificar las áreas prioritarias en las que se necesita efectuar investigaciones para guiar los esfuerzos de las universidades y otros institutos de investigación. En cuanto a la transferencia del personal dijo que, idealmente, todo el personal profesional de alto nivel excepto el Coordinador del Programa se reasignaría al campo, donde se realizaba mejor la prestación de servicios según indicación de los ministros de salud y de agricultura y ganadería. Estuvo de acuerdo con la necesidad de la introducción paulatina de las modificaciones sugeridas por el grupo asesor para evitar la eliminación de cualquier actividad crucial.

El Director aseguró al Subcomité que la separación de las funciones tendría lugar gradualmente y dijo que la Organización trabajaría en estrecha colaboración con los gobiernos anfitriones —Argentina y Brasil— para velar por que ningún servicio esencial se interrumpiera durante la transición. En el caso del INPPAZ, señaló que indudablemente sería necesario modificar el convenio bajo el cual se había establecido el Instituto, con miras a que reflejara el cambio en sus funciones. De igual manera, cualquier reasignación del personal de la Sede al campo se haría gradualmente. Dijo que se celebrarían conversaciones para determinar cuántos de los cuatro puestos profesionales que se tienen actualmente permanecerían en la Sede. También indicó que la Organización estaba buscando activamente un nuevo director para el INPPAZ.

En respuesta a las preguntas atinentes a las consecuencias presupuestarias de las modificaciones propuestas, señaló a la atención del Subcomité la sección del documento SPP27/4 que incluye información sobre el presupuesto del Programa y los dos centros. Además, informó que el Brasil había aumentado voluntariamente sus contribuciones al PANAFTOSA y que la cuota de la Argentina al INPPAZ se había pagado con antelación, en consecuencia, agradeció a los Gobiernos de los dos países por demostrar tangiblemente su apoyo a los centros. Recalcó que todos los países habían expresado apoyo decidido al Programa de Salud Pública Veterinaria y, cuando se había anunciado que iba a efectuarse un examen del Programa, numerosos ministros de salud y de agricultura y ganadería le habían escrito instándolo a que no se hiciera ningún tipo de reducción en el programa.

Finalmente, el Dr. Alleyne recordó que en una reunión anterior del Subcomité había planteado la posibilidad de transferir la responsabilidad del PANAFTOSA al Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura (IICA). La Organización había mantenido una profusa correspondencia con el IICA en cuanto al asunto, sin



obtener resultados concretos. En consecuencia, consideraba que era hora de dar por concluido el asunto y acordar que el PANAFTOSA debía quedar dentro de la OPS, aunque con algunas de las modificaciones sugeridas por el grupo asesor.

El Subcomité no consideró oportuno remitir el documento al Comité Ejecutivo hasta no aclarar las implicaciones prácticas y financieras de las modificaciones propuestas. Por otra parte, recomendó que el informe del grupo asesor se presentara a la X Reunión Interamericana de Salud Animal a Nivel Ministerial (RIMSA) a celebrarse en abril de 1997.

### **Salud de los adolescentes (documento SPP27/7)**

La presentación de este tema estuvo a cargo de la Dra. Matilde Maddaleno, Asesora Regional en Salud de los Adolescentes, quien empezó por poner de relieve que la salud de los adolescentes es un factor clave en el desarrollo económico, la competitividad y la productividad de los países de la Región. Agregó que para mejorar la productividad era necesario invertir en el desarrollo humano, lo que implicaba la inversión en la salud de los adolescentes. Idealmente, debería haber un proceso continuo de atención de salud que comience en la lactancia y continúe a lo largo de la niñez y la adolescencia hasta la edad adulta. Los requisitos para una adolescencia sana incluían entornos para apoyar y brindar oportunidades a los adolescentes; información para permitirles que tomen decisiones acertadas para su salud; el acceso a una variedad amplia de servicios (educación, salud y servicios de empleo, entre otros); un "sentimiento de pertenencia" para alentar a los adolescentes a convertirse en contribuyentes importantes al bienestar de sus comunidades, y confianza en el futuro, especialmente en cuanto a oportunidades de empleo.

La Dra. Maddaleno presentó una serie de estadísticas sobre la situación socioeconómica y sanitaria de la población de jóvenes en América Latina y el Caribe, recalcando en especial los graves problemas del embarazo de adolescentes, el consumo de drogas y alcohol, y la violencia. Luego esbozó el progreso logrado y las lecciones aprendidas bajo el Plan de Acción sobre Salud de los Adolescentes en las Américas, aprobado por el Consejo Directivo en 1992. El objetivo general establecido para el Plan de Acción en ese momento era mejorar la capacidad científica, técnica y administrativa de los países para emprender o mejorar los programas de salud integral de los adolescentes. El trabajo realizado de conformidad con los diversos componentes del Plan incluía: creación de un sistema de información sobre salud de los adolescentes; formación de recursos humanos con miras a contar con una masa crítica de profesionales especializados en salud de los adolescentes, así como capacitación de líderes y directores de los programas de salud de los adolescentes; preparación de instrumentos para evaluar los servicios de salud para adolescentes, y análisis de las políticas y la legislación sobre adolescencia y salud de los adolescentes. Sin embargo, en la mayoría de los países los

servicios para los adolescentes siguieron siendo deficientes, tanto en función de la calidad como de la cobertura; los recursos públicos asignados a los programas para adolescentes fueron insuficientes; hubo una falta de coordinación entre los diversos sectores relacionados con el desarrollo de los adolescentes, y muy pocos países tuvieron políticas específicas sobre salud de los adolescentes.

Dada la interrelación entre la salud de los adolescentes y otros factores como la educación, el ingreso, la situación familiar y las condiciones de vida, el Programa sobre Salud de los Adolescentes propuso que el marco conceptual para el Plan de Acción se modificara con miras a centrarlo en el desarrollo general de los adolescentes y no solo en los problemas de salud propios de este grupo de edad. Según este nuevo marco conceptual, el objetivo general sería promover la salud y el desarrollo de los adolescentes y los jóvenes entre las edades de 10 y 24 años mediante la formulación de programas nacionales y locales en los países. Las líneas de acción propuestas para el futuro incluían: la formulación de políticas sobre adolescentes y jóvenes y la defensa de los intereses de este grupo de edad; la adaptación de los servicios para satisfacer las necesidades de los jóvenes; el adiestramiento de los recursos humanos; el fortalecimiento de las redes de información y de servicios; la coordinación interinstitucional; la incorporación de los medios de comunicación en el esfuerzo para promover la salud de los adolescentes; la investigación sobre salud de los adolescentes y movilización de recursos para esta finalidad, y la evaluación de planes y programas, especialmente estudios de eficacia en función de los costos para determinar qué tipos de iniciativas funcionaban y, en consecuencia, debían ampliarse. Se incluyó en el documento una descripción más detallada de las actividades que propuso llevar a cabo el Programa de conformidad con estas líneas de acción.

Durante el debate de este tema por el Subcomité se hizo hincapié en que si bien el documento se centraba principalmente en los adolescentes y los jóvenes en América Latina y el Caribe, la salud de los adolescentes y problemas como la violencia, el embarazo en adolescentes y el consumo de drogas entre los jóvenes eran asuntos de interés para todos los países de la Región. Varios representantes mencionaron la violencia en este grupo de edad como un problema importante. En este sentido, se recalcó la necesidad de centrarse en los problemas específicos de los hombres adolescentes, quienes son no solo los principales causantes sino las principales víctimas de la violencia entre jóvenes. Se señaló que los medios de comunicación desempeñan una función crucial en la configuración de las actitudes violentas, y se subrayó la necesidad de obtener su colaboración para abordar el problema. Varios representantes comentaron que las iglesias podrían ser aliados importantes en el empeño de los países por abordar la violencia y otros temas de salud de los adolescentes. También se subrayó la importancia de incluir a los jóvenes mismos en la resolución de los problemas que los afectan.

El Subcomité apoyó plenamente el enfoque integral, holístico preconizado por el Programa. Varios representantes señalaron que la acción intersectorial era esencial para que tal enfoque pudiera tener éxito. La elaboración de una gama más amplia de indicadores de salud también sería necesaria. Una de las claves de la prestación de atención integral para los adolescentes era la de velar por que haya servicios de atención integral para las familias a nivel de la atención primaria. Se dijo también que, al mismo tiempo, era importante no eliminar el apoyo a programas e iniciativas que se centran en temas únicos, como el embarazo en adolescentes o el consumo de drogas, porque tales programas también son necesarios y beneficiosos.

Se señaló que el documento contenía principalmente estadísticas sobre los adolescentes y los jóvenes en América Latina y se sugirió que sería provechoso incluir más información sobre el Caribe. Además, esa subregión tenía experiencia considerable que aportar en cuanto a la coordinación intersectorial en el área de la salud y el desarrollo de los adolescentes. También se señaló que el documento no mencionaba la aptitud física ni la importancia del ejercicio para los adolescentes, tanto para su bienestar físico como para construir una autoimagen positiva y promover un comportamiento más saludable. En este sentido, se recalcó la necesidad de la investigación para determinar qué incentivos conducirían a que los jóvenes procurasen estar sanos, de allí la necesidad de iniciar la buena educación sanitaria a partir de la primera infancia.

El Subcomité identificó varias funciones importantes para la OPS en el ámbito de la salud de los adolescentes, en especial ayudar a los países para elaborar indicadores que permitirían evaluar los programas desde una perspectiva más amplia que la de los indicadores biomédicos tradicionales; diseñar estrategias para ayudar a los países a abordar el problema de la glorificación de la violencia por los medios de comunicación; promover modelos más holísticos, menos programáticos, de la prestación de servicios de salud, y difundir información para que las personas tomen conciencia de la magnitud de los problemas que afrontan los adolescentes y sus repercusiones sociales, económicas y de salud. Otra función importante para la OPS sería la de ejercer liderazgo en los esfuerzos intersectoriales en el terreno de la salud de los adolescentes. Sin embargo, se señaló que los recursos al alcance de la Organización para el trabajo en este ámbito eran limitados y que, en consecuencia, debería buscarse oportunidades de colaboración con otros organismos.

La Dra. Maddaleno puntualizó que el plan de acción ideal sería un plan intersectorial conjunto, en el cual el sector salud asumiría la responsabilidad de todas las actividades relativas a la salud de los adolescentes y los jóvenes en general. Puso de relieve que la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) había formulado un plan de acción regional sobre los jóvenes, donde se asignaba a la OPS el componente de salud. Una estrategia para fomentar la colaboración intersectorial era que los donantes presentaran propuestas conjuntas que incluyeran al menos dos sectores, lo

que era una condición para el financiamiento de los proyectos. Esa estrategia la había aplicado con éxito la Fundación W. K. Kellogg. Otra estrategia era el establecimiento de comités intersectoriales sobre temas relativos a los adolescentes y los jóvenes. Se añadió que la promoción de esta causa y la información también eran cruciales para la acción intersectorial, y por ese motivo el Programa estaba preparando "hojas de promoción de la causa de los adolescentes" que contenían información actualizada sobre la repercusión social y económica y otros aspectos de los asuntos de este grupo.

En cuanto al problema de la violencia, hizo notar que el Programa sobre Salud de los Adolescentes estaba trabajando en estrecha colaboración con el Programa sobre la Violencia para encontrar maneras de prevenir la violencia entre los jóvenes. En cuanto a las estrategias para trabajar con los medios de comunicación con miras a prevenir la violencia, la Dra. Maddaleno recalcó que, para establecer buenas relaciones de trabajo, era importante adoptar un enfoque positivo que reconociera que la violencia es un problema donde intervienen muchos factores. En respuesta a los comentarios en cuanto a la importancia de abordar las necesidades especiales de los hombres adolescentes, le dijo al Subcomité que el Programa estaba intentando incorporar una perspectiva de género en todos los aspectos de su trabajo. Finalmente, reconoció que el documento no contenía muchas estadísticas sobre la situación de los adolescentes en el Caribe, pero dijo que el Programa estaba preparando un informe más exhaustivo sobre salud de los adolescentes, que incluiría amplia información sobre los países del Caribe.

El Director observó que el único nombramiento de nuevos funcionarios que se había hecho durante 1996 era el del asesor regional sobre salud de los adolescentes, lo cual revela la importancia que la OPS asigna a este tema. La Organización estaba tratando de "vender" la idea de que la inversión en los adolescentes representaba una inversión para el futuro. Recalcó que el concepto de los adolescentes como protagonistas y defensores de la causa de la salud y del comportamiento saludable era uno de los aspectos más importantes del Programa. En cuanto al tema de la violencia y la influencia de los medios de comunicación, dijo al Subcomité que la Organización había adoptado un enfoque muy dinámico para tratar de que los medios de comunicación colaboraran en la lucha contra la violencia, dirigiéndose a los ejecutivos de los medios que toman decisiones editoriales o sobre programación para convencerlos de su responsabilidad social. La OPS también estaba examinando posibles formas de asociarse con las iglesias, que tienen mucha influencia y podrían ser poderosos promotores de la causa de la salud. Aseguró a los representantes que los comentarios se incorporarían en la próxima revisión del documento, que también contendría más detalles sobre lo que sería factible que la OPS hiciera en la esfera de salud de los adolescentes en razón de los recursos humanos y financieros con los que cuenta.

El Subcomité recomendó una versión revisada del documento se presentara al Comité Ejecutivo.

### **Evaluación de la cooperación técnica de la OPS en Panamá (documento SPP27/3)**

Este tema fue presentado por el Dr. Juan Antonio Casas, Director de la División de Salud y Desarrollo Humano, y la Dra. Aída Moreno de Rivera, Ministra de Salud de Panamá. El Dr. Casas describió el proceso de evaluación, desde la fase preparatoria hasta la reunión conjunta de evaluación celebrada en el país con la participación de funcionarios de la OPS, la Ministra de Salud, representantes de diversas instituciones nacionales interesadas en el desarrollo sanitario y representantes de otros organismos internacionales de cooperación. Informó al Subcomité que la evaluación había examinado la cooperación de la OPS en cuatro áreas principales: salud y desarrollo; sistemas y servicios de salud; salud ambiental; promoción de la salud y prevención y control de enfermedades. Se formaron grupos de trabajo para evaluar la cooperación técnica de la OPS en cada una de estas áreas, formular recomendaciones para mejorarla y proponer orientaciones para la cooperación futura. Se formaron otros grupos de trabajo para evaluar los procesos administrativos y de gestión y llevar a cabo un análisis exhaustivo destinado a obtener un panorama actualizado de la situación sanitaria nacional, que era esencial para evaluar la respuesta de la Organización a las necesidades nacionales. El Dr. Casas agradeció a la Ministra de Salud y a otros funcionarios nacionales de salud su interés y su disposición para participar en el proceso, sin los cuales no hubiera sido posible efectuar con éxito la evaluación.

La Dra. Moreno esbozó las conclusiones y recomendaciones que habían resultado de la evaluación, cuyo objetivo había sido evaluar la naturaleza y la calidad de la cooperación técnica de la OPS con Panamá durante el período 1994-1995, analizar hasta qué punto el programa de cooperación técnica estaba en conformidad con las necesidades prioritarias expresadas por el país y con los objetivos y estrategias regionales y mundiales, e indicar cuáles áreas, objetivos, resultados y estrategias de cooperación técnica tenían que ser reorientadas para satisfacer las necesidades del país. Dijo que, en general, la evaluación había determinado que la cooperación técnica de la Organización había sido oportuna y compatible con las políticas y prioridades nacionales; sin embargo, se recomendó que se introdujera mayor flexibilidad para permitir la adaptación y el ajuste de la cooperación con miras a abordar las situaciones cambiantes y satisfacer las necesidades de poblaciones y zonas geográficas particulares. La reunión de evaluación había brindado una oportunidad valiosa para evaluar y replantear la relación bilateral entre la OPS y el Ministerio de Salud, y había puesto de relieve la necesidad de creatividad, flexibilidad y madurez para adaptarse a la realidad cambiante del país.

Con respecto a las orientaciones futuras para la cooperación técnica de la OPS en Panamá, la Dra. Moreno mencionó las siguientes tres áreas prioritarias: 1) desarrollo humano sostenible a nivel local, incluida la aplicación de la estrategia de atención primaria de salud y la iniciativa de las comunidades sanas, conocida en Panamá como Municipios Siglo XXI; 2) la reforma del sector salud, incluida la modernización del

Ministerio de Salud y otras instituciones del sector, así como la redefinición de funciones con respecto al liderazgo técnico y la reglamentación, la prestación de servicios de salud y el financiamiento del sistema nacional de salud, y 3) inversiones en ambiente y salud, incluida la formulación de un plan de salud nacional a mediano y a largo plazo y la preparación de una cartera de proyectos.

La Dra. Moreno también informó al Subcomité que se había celebrado una reunión interinstitucional de autoridades y representantes de diversos organismos financieros y de cooperación internacional conjuntamente con la reunión de evaluación. La finalidad de la reunión había sido poner en práctica mecanismos para la coordinación y la vigilancia interinstitucional e intersectorial bajo el liderazgo del Ministerio de Salud.

El Subcomité hizo notar que la evaluación había reflejado una tendencia que estaba presente en toda la Región: el distanciamiento de los viejos modelos de prestación de asistencia sanitaria y la búsqueda de nuevos modelos que respondan a una realidad cambiante y velen por que las poblaciones de los distintos países tengan un verdadero acceso a la atención de salud de calidad. Con respecto a la coordinación interinstitucional, el Director señaló que eran los ministerios de salud los que tenían que asumir la responsabilidad de coordinar la cooperación prestada por las diversas organizaciones internacionales. En último término, ninguna coordinación es posible sin el liderazgo fuerte del ministerio. El Dr. Alleyne también observó que, con el transcurso de los años, habían mejorado las evaluaciones conjuntas de la cooperación técnica de la OPS en los países, por varias razones. Una de las principales era la participación de los ministerios de salud, unida a la aceptación a nivel de país de que la evaluación era valiosa y necesaria. Además, los sistemas de planificación y programación de la Organización se habían mejorado, lo cual permitía fijar los objetivos y posteriormente evaluar si dichos objetivos se habían logrado. La Dra. Moreno recalcó que la evaluación debe ser un proceso constante, porque solo mediante la evaluación continua era posible determinar dónde se necesitan mejoras y qué rumbo debe tomarse en el futuro.

**La rectoría de los ministerios de salud en la reforma del sector (documento SPP 27/9, Rev. 1)**

El Dr. Daniel López Acuña, Director de la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, esbozó el documento preparado sobre este tema por su división y la División de Salud y Desarrollo Humano. El documento se centraba en las áreas principales en las cuales se consideraba necesario la función rectora de los ministerios de salud y en la manera en la cual la cooperación técnica de la OPS contribuiría al desarrollo y al fortalecimiento de ese papel. El principal objetivo de la función rectora en el sector salud era el de proteger la salud de la población. Un objetivo estrechamente vinculado era el de velar por la equidad en las condiciones de salud y en la cobertura de servicios en un marco de desarrollo humano integral y sostenible. La naturaleza de la

función rectora de los ministerios de salud se había visto afectada por numerosos cambios, incluida la descentralización, la aparición de nuevos actores tanto en el sector público como en el privado y, en el contexto de la reforma del sector salud, una tendencia hacia la separación de las funciones de prestación de asistencia sanitaria, financiamiento del sector y seguros de salud. En consecuencia, se había tomado necesario replantear la función de los ministerios de salud y volver a definir cuáles eran sus responsabilidades indelegables.

En el documento se identificaban cinco áreas amplias en las cuales los ministerios tenían la responsabilidad de ejercer una función rectora: 1) conducción sectorial, que incluye la formulación, la organización y la dirección de la ejecución de las políticas nacionales de salud; 2) regulación sectorial, que abarca el desarrollo y perfeccionamiento de la legislación nacional sobre salud y el velar por el cumplimiento de los reglamentos sanitarios destinados a proteger la salud de la población; 3) aseguramiento, que incluye la definición de planes de referencia de cobertura básica; 4) provisión de servicios de salud, que comprende la asignación de recursos y la coordinación del trabajo de las entidades descentralizadas que ahora se encargan de prestar los servicios que antes prestaban o administraban directamente los ministerios de salud, y 5) financiamiento sectorial, que incluye el monitoreo del financiamiento de la atención de salud y el establecimiento de políticas para ayudar a corregir cualquier inequidad en cuestiones de acceso a dicha atención asociada con la coexistencia de diversas modalidades de financiamiento.

En cuanto a la cooperación de la OPS para fomentar y fortalecer la función rectora de los ministerios de salud, el Dr. López Acuña informó al Subcomité que la Organización se centraría en cuatro áreas principales: 1) preparación de un marco conceptual y operacional de la función rectora de los ministerios de salud en el nuevo contexto de la modernización del Estado y la reforma del sector salud; 2) apoyo técnico a los procesos de reorganización y fortalecimiento institucional de los ministerios de salud para que puedan desempeñar su función rectora ante las nuevas realidades sectoriales; 3) elaboración, difusión y promoción de normas, métodos e instrumentos específicos para fortalecer el desarrollo de las funciones en las cinco áreas mencionadas, y 4) difusión e intercambio de información sobre experiencias en diversos países con miras a fomentar el aprendizaje mutuo.

El Dr. Juan Antonio Casas, Director de la División de Salud y Desarrollo Humano, agregó que la meta general de fortalecer la función rectora del Estado y de las instituciones del sector salud —en particular los ministerios de salud— era la de velar por el logro de la equidad en la salud y mejorar la calidad de vida de la población de la Región. La Organización trabajaría para mejorar la capacidad de los ministerios en cinco áreas que se consideraban decisivas para el ejercicio del liderazgo en materia de salud: 1) análisis de la situación sanitaria y sus factores determinantes, haciendo hincapié en

identificar las inequidades; 2) formulación, análisis, revisión y evaluación de las políticas públicas que pueden tener efectos sobre la salud, utilizando mecanismos tales como la promoción de la causa de la salud, la acción intersectorial y la legislación; 3) ejecución de funciones normativas y aplicación de los reglamentos sanitarios, poniendo el acento en los cambios necesarios para adaptarlos al contexto actual de las políticas de desregulación, privatización y mundialización; 4) investigación y generación y difusión de la información científica con miras a mejorar la equidad y la calidad de vida, y 5) movilización de los actores sociales y políticos que puedan influir en la formulación de políticas sociales y sanitarias en los planos nacional e internacional.

El Subcomité estuvo de acuerdo en que era esencial fortalecer la función rectora de los ministerios de salud para permitir que el sector tome la delantera a fin de guiar los esfuerzos de reforma sanitaria y conformar la política pública en una amplia gama de temas que guardan relación con la salud. Sin embargo, se recalcó que los procesos de reforma del Estado y del sector salud que tenían lugar en los diversos países eran diferentes y, en consecuencia, no podía haber una receta única para fortalecer el liderazgo de dicho sector. Varios representantes señalaron que en la mayoría de los países el sector salud no había sido tradicionalmente un participante de peso en los procesos políticos nacionales, de allí que el fortalecimiento de su función rectora exigiría un cambio en la cultura institucional. Una mayor continuidad en el liderazgo (es decir, extensión del mandato de los ministros y otros funcionarios de salud) y el aumento de la confianza en el sector gracias a la demostración de resultados concretos también se consideraron requisitos para fortalecer la función rectora del sector. Varios representantes también recalcaron que era esencial definir claramente el objetivo de la función rectora del sector salud, que deberá trabajar para el bien común y velar por que, en los procesos de reforma sanitaria, prevalezcan valores y principios tales como la equidad, la solidaridad y el acceso universal. También era necesario contar con una base normativa y reglamentaria adecuada para apoyar las iniciativas sanitarias.

Aunque el Subcomité consideró que, en general, el documento brindaba un buen marco de referencia para los esfuerzos de fortalecimiento de la función rectora del sector, se hicieron varias sugerencias para mejorarlo. Se señaló que el documento pasaba por alto una variable clave, como lo es el crecimiento demográfico, que tenía consecuencias importantes para la gestión de los sistemas asistenciales, la reforma del sector y la función de los ministerios de salud. Se sugirió que debía aclararse el concepto de regulación, así como la sección sobre aseguramiento y financiamiento sanitario. En cuanto a esto último, los asuntos que deberían estudiarse más a fondo incluían la conveniencia de mantener funcionando en tándem el sistema público y el privado de asistencia sanitaria, la función del sector gubernamental frente al sector privado y los proveedores privados de servicios, así como la repercusión que tienen sobre la equidad los sistemas privados. El Subcomité también consideró que la distinción entre servicios de asistencia sanitaria individual y los servicios de salud públicos tenían que ser



aclarados. Varios representantes opinaron que era necesario hacer otros análisis para determinar la verdadera magnitud y repercusión de la descentralización en cuanto a promover la democratización, la participación social y la equidad, y a mejorar el acceso y la calidad de los servicios. Se recalcó que para que la descentralización sea eficaz la regulación sanitaria y la formulación de políticas deben seguir siendo funciones del gobierno central, mientras que la programación y la toma de decisiones deben descentralizarse para responder a las diferentes realidades según el país.

En cuanto a las funciones atinentes a la OPS en el proceso para fortalecer la función rectora del sector salud, el Subcomité subrayó la importancia de la difusión de información. Se consideró particularmente importante compartir información sobre los éxitos y los fracasos de otros países en los intentos de reforma sectorial. Otra función importante para la OPS era la de la cooperación técnica para permitir que los ministerios de salud en los países apliquen el marco conceptual y operacional para el liderazgo descrito en el documento. Varios representantes también observaron que la OPS había desempeñado, y debería seguir haciéndolo, una función importante en ayudar a los países a obtener apoyo de otros organismos de cooperación técnica y financiera para las iniciativas relacionadas con la salud.

El Dr. López Acuña aseguró al Subcomité que se considerarían las sugerencias para modificar el documento e invitó a las delegaciones que tenían comentarios más detallados a que los presentaran por escrito a la Secretaría. Observó que algunas de las dudas planteadas por el Subcomité podían guardar relación con discrepancias semánticas entre las versiones del texto en español y en inglés. Por ejemplo, el término "servicios de salud públicos" se refiere a los servicios de salud prestados por el sector público, que incluía tanto servicios de asistencia individual como funciones clásicas de salud pública, tales como prevención de enfermedades, abastecimiento de agua y saneamiento e inocuidad de los alimentos. Al redactar el documento, la Secretaría había procurado transmitir la idea de que la función de conducción o liderazgo del sector no debería confinarse a la esfera tradicional de las funciones esenciales de la salud pública, sino que debería ser más amplia para abordar los temas relativos a la equidad y el acceso a los servicios de salud. La Secretaría se esforzaría en aclarar ese y otros conceptos clave, incluida la distinción entre aseguramiento y financiamiento, y el concepto de regulación. También trataría de reflejar mejor la diversidad de los procesos de reforma que tienen lugar en la Región. Estuvo de acuerdo con la necesidad de evaluar la naturaleza y la repercusión real de la descentralización, recalando que la Organización estaba considerando la posibilidad de organizar un seminario regional para examinar los pros y los contras de la descentralización, y analizar sus consecuencias para el sector sanitario.

El Dr. Casas señaló que el debate del Subcomité había puesto de relieve el hecho de que la salud se había convertido en una preocupación intersectorial. También observó que la finalidad del documento presentado al Subcomité había sido examinar la función

rectora de los ministerios de salud en el contexto de la reforma sanitaria; sin embargo, un documento futuro podría considerar en forma más amplia el tema del liderazgo del sector salud teniendo en cuenta todos los cambios acaecidos en las esferas política, económica y social de los países. El Director observó que el debate había destacado la necesidad de aclarar el significado de la salud pública y definir cuáles deberían ser las funciones de salud pública y si los ministerios de salud también tenían la obligación de ocuparse y responsabilizarse de la salud del individuo.

El Subcomité recomendó que este tema no se remitiera al Comité Ejecutivo hasta tanto no se hubiesen aclarado conceptos claves que figuraban en el documento.

#### **Salud oral (documento SPP27/6)**

La Dra. Saskia Estupiñán, Asesora Regional en Salud Oral, presentó un resumen de la situación de la salud oral en la Región y luego describió la estrategia regional de la OPS al respecto. El problema de salud oral más prevalente entre las personas de la Región es la caries dental. Otros problemas significativos, en función de su importancia en la carga de morbilidad en las Américas son la infección por el VIH y el SIDA, con sus manifestaciones orales asociadas, y el cáncer de la cavidad bucal y la faringe. La estrategia de salud oral de la OPS se orientaba firmemente hacia la prevención, dado que dichos problemas en gran parte eran evitables. Los objetivos específicos para la cooperación técnica de la OPS en este área eran promover la mejora de las condiciones de salud oral en los países de las Américas, haciendo hincapié en aquellos que tenían la mayor carga de morbilidad, y ayudar a los países a establecer servicios de salud bucodental asequibles, eficaces y sostenibles. Para determinar qué países requerían más asistencia, se elaboró una tipología según la cual los países se clasificaban de acuerdo con su etapa de desarrollo en materia de salud oral, sobre la base de dos criterios: el índice CPOD-12 (índice de dientes cariados/perdidos/obturados en los niños de 12 años de edad) y la existencia o la inexistencia de un programa nacional de fluoración del agua o de la sal. La estrategia de salud oral de la OPS se propone ayudar a los países que se encontraban en los niveles más bajos del proceso continuo de desarrollo de la salud bucodental para que se acerquen a los niveles más altos o de consolidación, etapa que se definió como un índice de CPOD-12 de menos de 3 y la existencia de un programa nacional de fluoración.

Uno de los principales aspectos de la estrategia de la OPS fue el de la fluoración de la sal, que constituye uno de los medios más eficaces en función de los costos para prevenir la caries dental y de ese modo evitar problemas más graves. En 1994, la Organización lanzó un plan de varios años para apoyar la ejecución de programas de fluoración en los países. Agregó que los detalles de las actividades en este área se encontraban en el informe de salud oral de la OPS para 1996. Otro componente importante de dicha estrategia era el apoyo a los programas de información, educación

y comunicación para la toma de decisiones destinados a mejorar o fomentar la toma de decisiones, la toma de conciencia de la comunidad y los cambios conductuales para prevenir la caries, las periodontopatías, el cáncer de la cavidad bucal y faríngea, las enfermedades orales relacionadas con la infección por el VIH/SIDA y la prevención de la transmisión del VIH y la hepatitis B en los entornos de atención de salud bucodental. Además, la estrategia procuraba mejorar la eficiencia, la eficacia y la equidad de los sistemas de salud oral en el sector público, así como promover el desarrollo y el adiestramiento de los recursos humanos necesarios. Para incrementar la repercusión de sus acciones, el programa de salud oral de la OPS había forjado alianzas estratégicas y movilitado fondos extrapresupuestarios de diversas fuentes. Añadió que los detalles de las actividades de la Organización en las áreas mencionadas figuraban en el documento.

La Dra. Estupiñán concluyó su presentación haciendo hincapié en que las medidas previstas de conformidad con la estrategia de salud oral de la OPS se habían probado, eran seguras y eficaces y su aplicación podría reducir drásticamente la prevalencia de la caries dental y otros problemas de salud oral en la Región.

El Subcomité felicitó a la Dra. Estupiñán y al Programa por un documento muy sucinto pero completo. Varios representantes señalaron que la salud oral no se consideraba como una prioridad de salud pública en muchos países, a pesar de ser una de las áreas en que las medidas preventivas podían ser sumamente eficaces en función de los costos. También recalcó que la mala salud bucodental representaba enormes costos de oportunidad para los países en desarrollo y los beneficios de la prevención eran, en consecuencia, aun mayores para esos países. A pesar de todo, se hizo notar que había barreras económicas, políticas y geográficas que se oponían a la implantación de los programas de fluoración. Se hicieron varias preguntas atinentes a los criterios en los cuales se había basado la tipología de los países. Dadas las limitaciones financieras actuales dentro de la Organización, también se insistió en la importancia de movilizar apoyo y recursos extrapresupuestarios y se elogió al Programa por sus esfuerzos exitosos en este sentido.

En respuesta a las preguntas en cuanto a la tipología, la Dra. Estupiñán dijo que el principal criterio había sido el índice de CPOD porque se trataba de un indicador bastante uniforme en todo el mundo, aunque reconoció que no todos los países tenían datos nacionales sobre este indicador. En cuanto a los escollos que entorpecen la puesta en práctica de los programas de fluoración, señaló que el principal era la falta de apoyo político de alto nivel a los problemas de salud oral. La falta de comprensión pública de los beneficios de la fluoración, la escasez de recursos humanos y financieros, y la falta de cooperación interinstitucional eran otros tantos obstáculos. Además, era esencial obtener el apoyo del sector privado, en particular de la industria de la sal. Señaló que una proporción significativa del costo para ejecutar los programas de fluoración de la sal en la Región lo había sufragado la Fundación W. K. Kellogg, y recalcó que la Organización seguía buscando recursos y apoyo externo para sus esfuerzos por mejorar la salud oral.

El Director observó que la cantidad asignada a la salud oral en el presupuesto ordinario de la OPS no era indicativa de la prioridad que la Organización asigna a este área. Como ocurre con otros problemas importantes de salud, los fondos asignados para la salud oral se habían concebido como capital simiente que catalizaría los esfuerzos en los países y atraería recursos adicionales.

El Subcomité recomendó que este tema se sometiera a consideración del Comité Ejecutivo.

#### **Datos básicos (documento SPP27/5)**

Este tema fue presentado por el Dr. Carlos Castillo Salgado, Coordinador del Programa de Análisis de la Situación de Salud, quien informó al Subcomité que la iniciativa de datos básicos y perfiles de país se había lanzado para permitir a la Organización cumplir mejor sus funciones esenciales de recopilación, análisis y mantenimiento de la información. Los datos básicos son un conjunto mínimo de estadísticas derivadas de 118 indicadores, que fueron seleccionados por un grupo interprogramático de consulta a nivel regional en colaboración con personal de los diversos programas técnicos y las representaciones de la OPS/OMS, bajo la coordinación del Programa de Análisis de la Situación de Salud. Los indicadores seleccionados eran comunes a todos los países de la Región. Entre los principales criterios para la selección de los indicadores se encontraban los mandatos y los compromisos de la Organización en cuanto a la recopilación y la notificación de datos, en particular la vigilancia del progreso en la consecución de la meta de salud para todos en el año 2000 y las metas fijadas por la Cumbre Mundial en favor de la Infancia, así como la preparación del Informe anual del Director, Estadísticas de salud en las Américas, Las condiciones de salud en las Américas y otras publicaciones de la OPS. Una de las ventajas principales de mantener un conjunto de datos básicos era que reduciría el número de solicitudes de información de los países. Con el tiempo, la información también proporcionaría un "atlas de las inequidades en salud" que permitiría representar gráficamente las inequidades.

Los perfiles del país son informes analíticos sobre la situación sanitaria general y problemas de salud particulares en cada país, incluidos los acontecimientos políticos, económicos y sociales más recientes y significativos, la organización de los servicios de salud y los recursos, y las actividades principales de cooperación técnica de la Organización y otros organismos.

Agregó que a objeto de que los datos estén al alcance del mayor número posible de interesados, la Organización estaba aprovechando al máximo la Internet. Como parte de su presentación, el Dr. Castillo demostró cómo podría encontrarse la información en línea. Aclaró que también era posible utilizar los sistemas nacionales de información

sanitaria mediante enlaces con el sitio de la OPS en la World Wide Web. Concluyó señalando que la iniciativa de datos básicos y perfiles de país era exclusivamente interna; no se habían empleado asesores externos. En consecuencia, si bien se esperaba que la iniciativa produjera grandes beneficios, sus costos reales eran de hecho muy bajos.

El Subcomité estuvo de acuerdo en que la iniciativa de datos básicos y perfiles de país era sumamente valiosa y oportuna. Se señaló que el manejo y la difusión de la información se encontraban entre las funciones de liderazgo más importantes de la Organización y del sector salud en los países. Como se había observado durante el debate en el Subcomité del tema sobre la función rectora del sector salud, la demostración de resultados concretos era crucial para establecer la confianza en el sector y ganar el apoyo de los funcionarios a nivel de toma de decisiones políticas para los programas de salud, y el sistema de información descrito por Dr. Castillo permitía mostrar resultados. La iniciativa también respondía a una prioridad de cooperación técnica fijada por los ministerios de salud en la mayoría de los países. Además, una mayor disponibilidad de información no solo apoyaría la toma de decisiones, sino que alentaría la participación comunitaria con conocimiento de causa. Otra de las ventajas de suministrar acceso público a los datos básicos a través de la Internet era la de que ayudaría a lograr la transparencia.

Varios representantes comentaron que la mayoría de los indicadores de los cuales se derivaron los datos básicos se centraban en la muerte y la enfermedad y señalaron que, a medida que evolucionara la iniciativa de los datos básicos, debían incorporarse más indicadores que brindaran información sobre la calidad de vida. Se hicieron preguntas sobre la posibilidad de acceso a la Internet en la Región y si el acceso limitado en muchos países sería un grave obstáculo al uso generalizado de los datos básicos y los perfiles de país. También se señaló la necesidad del adiestramiento para permitir que los países analicen y utilicen eficazmente la información.

En respuesta a las preguntas relativas al acceso a la Internet, el Dr. Castillo dijo que las representaciones de la OPS/OMS en todos los países podrían tener acceso a los datos básicos a través de la Internet, tal como podrían hacerlo los funcionarios nacionales de salud, excepto en el caso de tres o cuatro países. Parte del plan estratégico de la Organización era lograr el acceso en todos los países para 1997. Para facilitar aún más el acceso en línea, la Organización había establecido tres servidores de la World Wide Web: uno en la Sede de la OPS; otro en Brasil, en el Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME), y el tercero en Barbados. Una vez que todos los países tuvieran acceso en línea a la información, la Organización se centraría en impartir adiestramiento para mejorar sus capacidades analíticas y permitirles dar a la información una utilización constructiva. Estuvo de acuerdo en que el elemento de transparencia era sumamente importante para conseguir que la información suministrada fuese de óptima calidad. Además, cuanto mayor sea el número

de personas que vean la información, mayor será su repercusión. En cuanto a los indicadores, señaló que una evaluación de las fuentes originales de estadísticas sanitarias en los países había mostrado que los registros de estadísticas vitales en muchos países se habían deteriorado. En consecuencia, un aspecto importante de la cooperación técnica de la Organización en esta esfera había sido ayudar a los países a mejorar la calidad y lo oportuno de sus estadísticas vitales. Aseguró al Subcomité que la Secretaría estaba muy consciente de la necesidad de incluir indicadores de impacto y de calidad de vida, y señaló que más de la mitad de los 118 indicadores seleccionados para obtener los datos básicos guardaban relación con la calidad de vida.

El Director subrayó que la OPS estaba trabajando para elaborar indicadores que permitirían medir mejor el estado de salud y la calidad de vida. Sin embargo, a veces era difícil convencer a los funcionarios en los países de la importancia de tales indicadores.

El Subcomité recomendó que este tema fuera examinado por el Comité Ejecutivo en su reunión de junio de 1997.

#### **Misión, visión y funciones de la Organización Mundial de la Salud y reforma de su Constitución (documento SPP27/8, Rev. 1)**

Este tema fue examinado por el Subcomité de conformidad con una recomendación de la XXXIX Reunión del Consejo Directivo en el sentido de que el Subcomité sirva de grupo de trabajo para la Región de las Américas en el examen de la Constitución y la misión y las funciones de la OMS que actualmente está en marcha a nivel mundial. El Dr. Juan Manuel Sotelo, Jefe de la Oficina de Análisis y Planificación Estratégica, presentó el documento preparado por la Secretaría y esbozó los temas que se había pedido al Subcomité que abordara en sus debates. Recordó que en enero de 1996 el Consejo Ejecutivo de la OMS había establecido un grupo especial de seis miembros del Consejo y un presidente para llevar a cabo un examen de la Constitución de la OMS, y examinó el trabajo emprendido y las recomendaciones hechas por el grupo desde entonces. Señaló que la Oficina Regional para las Américas había indicado que el grupo especial para lograr la interconexión necesaria entre las diversas iniciativas en curso dentro de la OMS se centrara en los siguientes temas y procesos: 1) el proceso para establecer la política sanitaria mundial y los esfuerzos afines para la renovación de la meta de salud para todos; 2) cómo podría la Organización concebir mejor una misión que hiciera operativa la nueva política, y 3) un examen de la Constitución para determinar si cualquiera de sus disposiciones estaba inhibiendo el funcionamiento de la Organización y si era necesario introducir modificaciones para facilitar la ejecución de la nueva política sanitaria mundial que se adoptaría finalmente. El Dr. Sotelo también señaló que algunos Estados Miembros habían iniciado recientemente procesos de examen a nivel nacional con miras a definir su visión del papel y las funciones futuras de la OMS, y distribuyó un documento preparado por el gobierno canadiense, de título "Visión del Canadá acerca del futuro de la OMS".

En cuanto a las normas para el debate por el Subcomité, se invitó a los miembros a: 1) formular comentarios sobre el trabajo del grupo especial, haciendo hincapié en sus recomendaciones más recientes, que se presentaron en el documento EB99/14 y se reprodujeron en el documento SPP27/8, Rev. 1; 2) orientar a la Secretaría de la OPS sobre cómo colaborar mejor en el proceso de examen; 3) considerar la revisión de la Constitución de la OMS en el marco del proceso de renovación de la meta de salud para todos, es decir, el proceso que daría lugar a una nueva política sanitaria mundial, y 4) considerar si el preámbulo de la Constitución seguía siendo un enunciado de visión vigente, si el objetivo de la OMS, según se establece en el Artículo 1° de la Constitución, era un enunciado de misión adecuado y actualizado, y si las funciones establecidas en el Artículo 2° debían modificarse por considerar que en cierto modo inhibían el funcionamiento de la OMS y que las modificaciones serían necesarias para facilitar la ejecución de la nueva política sanitaria mundial.

El consenso general del Subcomité fue que la Constitución de la OMS seguía siendo válida y no necesitaba modificaciones sustanciales, aunque podían introducirse cambios menores en la redacción para que no predomine un solo género gramatical. Se consideró que el preámbulo era un enunciado de misión apropiado. Un representante señaló que, en términos generales, era preferible tener un enunciado de misión corto, porque cuanto más se agregara para hacerlo más específico, más difícil sería definir lo que la Organización debe hacer. En cuanto a las funciones planteadas en el Artículo 2°, se encontró que eran muy completas. Varios representantes comentaron que no parecía que impusieran limitaciones a la capacidad de la Organización de actuar o que impidieran abordar los retos actuales en materia de salud. Se recalcó que la revisión constitucional era un proceso delicado y complicado que conllevaba ciertos riesgos, el principal de los cuales era que el documento resultante no fuese tan bueno como el original. Además, podrían plantearse nuevamente problemas que ya se habían resuelto, como la cuestión de los idiomas oficiales. Se sugirió que quizás no fuese necesaria una modificación de la Constitución, sino preparar un documento o conjunto de documentos que interpretaran la intención de la Constitución.

En todo caso, se recalcó que cualquier modificación que con el tiempo pudiera hacerse debía ser el resultado de un proceso de análisis profundo y de consulta amplia, en el cual todos los Estados Miembros tuviesen la oportunidad de expresar sus puntos de vista. También se recalcó que debía alentarse a todos los Estados Miembros a que expresaran sus opiniones y contribuyeran al proceso, no solo a través de la OPS sino directamente en la Asamblea Mundial de la Salud.

En cuanto a las recomendaciones concretas del grupo especial del Consejo Ejecutivo de la OMS, el Subcomité apoyó totalmente la sugerencia de que el grupo especial debía seguir examinando la Constitución en paralelo y en coordinación con la renovación del llamamiento a renovar la meta de salud para todos. No cabe la menor

duda de que la formulación de políticas debería ocurrir antes que cualquier reforma de la Constitución. En este sentido, la idea de que la forma debería ser reflejo de la función fue puesta de relieve por diversos representantes. El Subcomité también apoyó la recomendación de que la OMS debería tomar medidas para mejorar la coordinación de los mandatos y las operaciones de las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas que llevan a cabo actividades en el campo de la salud. Se indicó que la manera en la cual la OPS se había adaptado para trabajar con el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) constituye un buen ejemplo de cómo podría lograrse una coordinación similar. Se hicieron varias preguntas relativas a cómo se transmitiría la contribución de la OPS al grupo especial y al estado del proceso de renovación de la meta de salud para todos (SPT).

El Dr. Sotelo, respondiendo a las preguntas acerca de la renovación de la meta de SPT, dijo que la OPS estaba dando prioridad a las consultas nacionales a objeto de contribuir al proceso a nivel mundial. Señaló que se había preparado un proyecto de política de SPT y se presentaría al Consejo Ejecutivo en enero. Luego el Director señaló que el proceso de consulta en torno a la SPT había puesto de relieve que no era la estrategia formulada en Alma-Ata la que debía renovarse, en vista de que todavía se consideraba válida; más bien existía la necesidad de revivir el entusiasmo por esa estrategia, así como por la búsqueda de la equidad y la justicia social que ella preconiza, y rectificar los errores cometidos en el pasado.

El Dr. Alleyne estuvo de acuerdo con la opinión del Subcomité en el sentido de que no es necesario hacer una reforma a fondo de la Constitución de la OMS. Si bien tal vez haya que hacer algunos ajustes menores, el Director consideró que los cambios requeridos no eran tan sustanciales como para justificar un dilatado procedimiento legal, especialmente debido a que no hay garantía de que el resultado sería mejor. En los 50 años transcurridos desde la entrada en vigencia de la Constitución esta no había impedido que la Organización participara en cualquier actividad o respondiera a las necesidades cambiantes. Además, la Constitución no impidió que la Organización fijara ciertos objetivos o trazara un cierto curso para la acción durante un período determinado; podría seguir haciéndolo y todavía cumpliría su finalidad según la define la Constitución.

En cuanto a la pregunta de cómo se comunicaría el aporte de la OPS, el Director dijo que se presentaría al grupo especial, que incluía a representantes de cada región, un informe donde se resumirían las opiniones de los países de la Región. Dicho informe estaría al alcance de los miembros del Consejo Ejecutivo procedentes de la Región de las Américas como material de consulta si así lo desearan, aunque se reconoció que esos miembros actuaban a título individual y no como representantes de sus países ni de la Región.



### **Nutrición (documento SPP27/10)**

Este tema lo presentó la Dra. Wilma Freire, Coordinadora del Programa de Alimentación y Nutrición, quien presentó una serie de estadísticas que ilustraban la magnitud y la repercusión del problema de la malnutrición en la Región. Entre las más graves consecuencias del problema para la salud se mencionaron bajo peso al nacer; retraso del crecimiento en los niños y carencias de micronutrientes, todo lo cual deteriora el funcionamiento físico y mental y aumenta el riesgo de enfermedad y muerte. Al otro extremo se encuentra la obesidad, un problema cada vez más prevalente en países desarrollados y en desarrollo, que aumenta el riesgo de hipertensión, diabetes mellitus, cardiopatías y otras enfermedades crónicas no transmisibles, y disminuye la calidad de vida. En respuesta a estos problemas, la OPS había lanzado el Plan Regional de Acción sobre Alimentación y Nutrición, cuyo objetivo era ayudar a reducir la elevada prevalencia de malnutrición en la Región mediante la cooperación técnica para la concepción y ejecución de intervenciones destinadas a reducir la magnitud de los problemas relacionados con la nutrición. El Plan de Acción tuvo en cuenta el hecho de que la malnutrición no es un problema aislado, sino un conjunto de problemas, con diferentes causas subyacentes, para los cuales se necesitan respuestas diferentes. Las metas concretas del Plan fueron las adoptadas por la Cumbre Mundial en favor de la Infancia, en 1990, y por la Conferencia Internacional sobre Nutrición, en 1992.

De conformidad con el Plan de Acción se habían establecido dos áreas principales de acción, a saber: 1) la seguridad alimentaria, incluida la promoción de la lactancia materna, la promoción de la alimentación complementaria apropiada, educación y formulación de normas alimentarias para mejorar las prácticas de alimentación y el acceso a los alimentos, y 2) prevención y control de los problemas vinculados con la malnutrición, incluidas las carencias de micronutrientes y las enfermedades crónicas asociadas con el régimen alimentario. La Dra. Freire describió las acciones necesarias y esbozó la cooperación técnica que la OPS estaba prestando en cada una de estas áreas. Además, informó que la Organización estaba prestando cooperación para ayudar a los países a formular planes nacionales de alimentación y nutrición, vigilancia de la alimentación y la nutrición, desarrollo de recursos humanos para la gestión de los programas nutricionales, y promoción de la investigación científica sobre temas relacionados con nutrición. Las estrategias aplicadas por el Programa de Alimentación y Nutrición para ejecutar el Plan de Acción incluían abogar por esta causa para obtener apoyo político y técnico a las actividades previstas por el Plan de Acción, acciones multisectoriales, empleo de los medios de comunicación, fortalecimiento de la participación comunitaria, difusión de documentos de posición en las áreas prioritarias de la cooperación técnica y coordinación de actividades con los centros especializados de la OPS (CFNI, INCAP, CLAP), con otros organismos internacionales, y con las ONG y otras organizaciones de la sociedad civil. La Dra. Freire concluyó su intervención suministrando información sobre el presupuesto asignado para las actividades de

alimentación y nutrición, e hizo notar que la movilización de fondos extrapresupuestarios era esencial para maximizar la repercusión de dichas actividades y alcanzar la sostenibilidad.

El Subcomité elogió al Programa por el enfoque integral y estratégico del Plan de Acción. Varios representantes comentaron que era muy similar a sus planes nacionales de alimentación y nutrición, y describieron programas de fortificación de micronutrientes y otras iniciativas en marcha en sus países. Se recibió con beneplácito la importancia asignada por el Plan de Acción a la nutrición materna y durante la primera infancia. La buena nutrición de las madres y sus hijos se consideró sumamente importante, no solo desde el punto de vista del individuo, sino también desde una perspectiva social. También se señalaron los vínculos entre la nutrición, la pobreza y la equidad. Se recalcó que el fortalecimiento de los sistemas de vigilancia de la alimentación y la nutrición era considerada como una esfera importante para la cooperación técnica de la OPS con los países. Se señaló que en el pasado la mayoría de las encuestas sobre alimentación y nutrición y otras actividades de vigilancia las habían llevado a cabo entidades ajenas al sector salud para sus propias finalidades o por regiones o períodos concretos. El sector salud necesita desarrollar la capacidad de recopilar y analizar datos sobre la alimentación y la nutrición de manera continua para presentar una imagen más completa de la situación y concebir intervenciones apropiadas, identificar a las poblaciones destinatarias y hacer un mejor uso de los recursos.

Varios representantes recalcaron que era importante que los ministerios y otras instituciones de salud tomaran la delantera en la promoción de la salud fomentando modos de vida sanos, incluida la buena nutrición, entre su personal. También deberían servir de ejemplo mediante la promoción de ambientes de trabajo que propicien la lactancia materna.

En respuesta a los comentarios relativos a la vigilancia alimentaria y nutricional, la Dra. Freire dijo que, idealmente, la vigilancia epidemiológica debía ser un componente de todas las intervenciones porque era la única manera de obtener la retroalimentación necesaria para determinar si era necesario fortalecer las actividades, cambiarlas o reorientarlas. También señaló que la información sobre nutrición podría extraerse de las encuestas existentes, lo que reduciría el costo de la vigilancia.

El Director dijo que le complacían los comentarios favorables del Subcomité sobre el documento y el Plan de Acción. Añadió que en un documento sobre el tema de la alimentación y la nutrición presentado a una reunión anterior del Subcomité, se habían indicado varios cambios y mejoras. El documento presentado a la 27.ª Reunión reflejaba esas sugerencias.

El Subcomité recomendó que el documento revisado se sometiera a la consideración del Comité Ejecutivo.

## **OTROS ASUNTOS**

El Director puso al día al Subcomité sobre la situación financiera de la Organización haciendo notar que, como resultado de los recortes de personal y otras medidas preventivas de reducción de gastos aplicadas desde el año anterior, las perspectivas de finalizar el año con un presupuesto equilibrado eran razonablemente buenas. La Organización también esperaba alcanzar el nivel proyectado para los ingresos varios. Recordó que en septiembre había informado que el aporte de la OMS al presupuesto de la OPS había sido reducido en un 10%; sin embargo, luego de conversaciones recientes con el Director General de la OMS, se había restaurado 7,5% de dicha cantidad. En consecuencia, preveía que para fines del bienio, la Organización habría restituido la mayoría de los fondos que se había visto obligada a tomar del fondo de trabajo a fines de 1995 para llevar a cabo sus operaciones.

El Dr. Alleyne recalcó que el pago oportuno de las cuotas en 1997 sería crucial. Algunos países no habían terminado sus pagos correspondientes a la cuota para 1996, y la mora en el pago de las cuotas de años anteriores ascendía a unos \$15 millones. Instó a todos los países a que cumplan sus obligaciones con la Organización lo antes posible.

El Representante del Canadá propuso dos temas para incluirlos en el programa de temas de una reunión futura del Subcomité: el consumo del tabaco, que era un asunto de suma preocupación para todos los países, y el turismo y sus consecuencias para la salud, que es también un tema de interés, dada la importancia económica del turismo en la Región.

Varios representantes expresaron su agradecimiento al Director y al personal de la Organización por la calidad y la concisión de los documentos preparados para la reunión y por la eficiencia con que esta se había realizado. Se propuso que, para futuras reuniones, todas las transparencias de retroproyección y otras ayudas visuales que se incluyan en el texto deberían presentarse tanto en inglés como en español para que puedan ser comprendidas fácilmente por todos los participantes.

Se anunció que la próxima reunión del Subcomité se celebraría del 2 al 4 de abril de 1997.

## **PROGRAMA DE TEMAS**

1. Apertura de la Reunión
2. Elección del Presidente, Vicepresidente y Relator
3. Adopción del programa de temas y del programa de sesiones
4. Evaluación de la cooperación técnica de la OPS en Panamá
5. Evaluación del Programa de Salud Pública Veterinaria (HCV)
6. Datos básicos
7. Salud oral
8. Salud de los adolescentes
9. Misión, visión y funciones de la Organización Mundial de la Salud y reforma de su Constitución
10. La rectoría de los ministerios de salud en la reforma del sector
11. Nutrición
12. Otros asuntos

## LISTA DE DOCUMENTOS

### Documentos de trabajo

SPP27/3	Evaluación de la cooperación técnica de la OPS en Panamá
SPP27/4	Evaluación del Programa de Salud Pública Veterinaria (HCV)
SPP27/5	Datos básicos
SPP27/6	Salud oral
SPP27/7	Salud de los adolescentes
SPP27/8, Rev. 1	Misión, visión y funciones de la Organización Mundial de la Salud y reforma de su Constitución
SPP27/9, Rev. 1	La rectoría de los ministerios de salud en la reforma del sector
SPP27/10	Nutrición

### Documentos de Información

CD39/7	Proceso para la revisión de la visión, la misión y las funciones constitucionales de la OMS
EB99/14	Revisión de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud: Informe del Grupo Especial
	Constitución de la Organización Mundial de la Salud
	Reglamento Interno para las reuniones del Subcomité de Planificación y Programación
	Términos de referencia del Subcomité de Planificación y Programación

**LIST OF PARTICIPANTS  
LISTA DE PARTICIPANTES**

**MEMBERS OF THE SUBCOMMITTEE  
MIEMBROS DEL SUBCOMITÉ**

**ARGENTINA**

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

**BAHAMAS**

Mrs. Hannah Gray  
Acting Director of Health Planning  
Ministry of Health and the Environment  
Nassau

Dr. Merceline Dahl-Regis  
MCH Consultant  
Ministry of Health and the Environment  
Nassau

**CANADA  
CANADÁ**

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

**CHILE**

Dr. Fernando Muñoz Porras  
Subsecretario de Salud  
Ministerio de Salud  
Santiago

**MEMBERS OF THE SUBCOMMITTEE  
MIEMBROS DEL SUBCOMITÉ**

**COLOMBIA**

Dr. Guillermo Torres Juyo  
Director General de Planeación  
Ministerio de Salud  
Santa Fe de Bogotá

**EL SALVADOR**

Dr. Eduardo Interiano  
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social  
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social  
San Salvador

Dr. Humberto Urbina  
Asesor del Ministro  
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social  
San Salvador

**PANAMA  
PANAMÁ**

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

**UNITED STATES OF AMERICA  
ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA**

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



**MEMBERS OF THE SUBCOMMITTEE  
MIEMBROS DEL SUBCOMITÉ**

**UNITED STATES OF AMERICA (cont.)  
ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA (cont.)**

Mr. Richard S. Walling  
Director, Office of the Americas and the Middle East  
Office of International Health  
Department of Health and Human Services  
Rockville, Maryland

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

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

Ms. Ann Blackwood  
Foreign Affairs Officer  
Directorate for Health and Transportation Programs  
Department of State  
Washington, D.C.

**PAHO MEMBER GOVERNMENTS  
GOBIERNOS MIEMBROS DE LA OPS**

**BRAZIL  
BRASIL**

Dr. Alvaro de Melo Machado  
Coordenador-Geral de Planejamento  
Ministério da Saúde  
Brasília

Sr. Orlando Timponi  
Conselheiro, Missão Permanente do Brasil  
junto à Organização dos Estados Americanos  
Washington, D.C.

**CUBA**

Mr. Eddy Machado Álvarez  
Third Secretary of the Permanent Mission of Cuba  
to the United Nations  
New York, New York

**FRANCE  
FRANCIA**

M Alain de Kéghel  
Conseiller, Observateur Permanent adjoint  
Mission Permanente de la France pres  
de l'Organisation des Etats Américains  
Washington, D.C.

**PAN AMERICAN SANITARY BUREAU  
OFICINA SANITARIA PANAMERICANA**

*Secretary ex officio of the Meeting  
Secretario ex officio de la Reunión*

Sir George Alleyne  
Director

*Advisers to the Director  
Asesores del Director*

Dr. David Brandling-Bennett  
Deputy Director

Dr. Mirta Roses  
Assistant Director

Mr. Thomas Tracy  
Chief of Administration

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

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

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

Mr. Horst Otterstetter  
Director, Division of Health and Environment

Dr. Joao Yunes  
Director, Division of Health Promotion and Protection

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

Dr. Irene Klinger  
Chief, Office of External Relations

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

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

*Technical Secretary*  
*Secretario Técnico*

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

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

Mr. César A. Portocarrero

*Chief, Conference Services*  
*Jefe, Servicio de Conferencias*

Ms. Janice A. Barahona



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD  
**COMITÉ EJECUTIVO DEL CONSEJO DIRECTIVO**

27.º REUNIÓN DEL SUBCOMITÉ DE PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN

*Washington, D.C., 4 al 6 de diciembre de 1996*

---

**CONTENIDO**

<i>No. de documento</i>	<i>Título</i>	<i>Índice</i>
<b>DOCUMENTOS DE TRABAJO</b>		
SPP27/1, Rev. 1	Programa provisional de temas	1
SPP27/2	Lista provisional de participantes	2
SPP27/3	Evaluación de la cooperación técnica de la OPS en Panamá	3
SPP27/4	Evaluación del Programa de Salud Pública Veterinaria (HCV)	4
SPP27/5	Datos básicos	5
SPP27/6	Salud oral	6
SPP27/7	Salud de los adolescentes	7
SPP27/8, Rev. 1	Misión, visión y funciones de la Organización Mundial de la Salud y reforma de su Constitución	8
SPP27/9, Rev. 1	La rectoría de los Ministerios de Salud en la reforma del sector	9
SPP27/10	Nutrición	10
<b>DOCUMENTOS DE INFORMACIÓN</b>		
Términos de referencia		<b>INFORMACIÓN</b>
Reglamento interno para las reuniones		"